
PENSAMENTO

Seja qual for o amor que sintamos por alguém, não podemos impedi-lo de morrer, se esse é o seu destino.

Também não podemos evitar um certo sofrimento afetivo e espiritual que faz parte do processo de morrer de cada um.

Podemos somente impedir que essa parte de sofrimento seja vivida na solidão e no abandono; podemos envolvê-la de humanidade.

Marie Hennezel

DEDICATÓRIA

**Aos meus Pais, Filhos (Micaela e Nicolau)
e aos meus Amigos e não só, cúmplices de uma parte
deste percurso que agora termina. Nem sempre
preenchido por alegrias, diversas vezes por contrariedades,
mas continuamente acompanhado por aqueles que tornaram
possível a sua conclusão.**

RESUMO

A depressão é uma problemática à qual tem sido dada bastante atenção nos últimos anos dada a sua incidência nos doentes em cuidados paliativos, considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de muitas perturbações.

O estudo do seu impacto, nesta população específica, assim como os factores com ela relacionados, é fundamental para que possam ser planeados programas concretos no combate e prevenção da sintomatologia depressiva, prevenindo a sua evolução para um quadro de depressão. Neste contexto, foi realizado um estudo, de cariz transversal, explicativo descritivo, analítico, retrospectivo e correlacional, que aborda a influência do padrão de sono na depressão nos doentes em Cuidados Paliativos, tendo sido avaliados 50 doentes, internados nas Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Cantanhede e de Seia, com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos, (M= 71,96; Dp=12,392), através da aplicação de um formulário, que engloba um questionário sócio-demográfico clínico, o Questionário de Sono de Oviedo, e o Inventário de Depressão de Beck.

Os resultados obtidos revelam que, dos 50 doentes estudados, 92,0% apresentam sintomatologia depressiva, 60,0% depressão grave, 86,0% ostentam diagnóstico de neoplasia, 62,0% tomam antidepressivos e 88,0% medicamentos para dormir. Apenas 36,0% revela um doente satisfeito com a qualidade do seu sono, sendo que as mulheres têm mais insónias e hipersónias que os homens.

No conjunto dos itens em estudo, relativos à relação entre o padrão de sono e a depressão, inferimos que esta é influenciada apenas pela insónia, sendo esta relação estatisticamente bastante significativa, ($t=2,849$; $p=0,007$).

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Depressão, Padrão de Sono e Insónia

ABSTRACT

Depression is a problem which has been given enough attention in recent years given its incidence in patients in palliative care, considered as a risk group for the development of many disorders.

The study of its impact in this specific population, as well as factors associated with it, is essential for specific programs which can be planned in combating and prevention of depressive symptoms, preventing it from developing into a depression. In this context, a study was conducted of embracing quality, explanatory descriptive, analytical, retrospective and correlational, which addresses the influence of sleep patterns in depression in patients receiving palliative care, being evaluated 50 patients admitted to the Palliative Care Units of the Hospital of Cantanhede and Seia, aged between 41 and 95 years ($M= 71,96$; $Dp=12,392$), by applying a form, which includes a clinical socio-demographic questionnaire, the Sleep questionnaire Oviedo, and the Inventory of Beck Depression.

The results show that of the 50 patients studied, 92.0% had depressive symptoms, 60.0% major depression, 86.0% bearing cancer diagnosis, 62.0% taking antidepressants and 88.0% taking sleep medications. Only 36.0% shows a patient satisfied with the sleep quality, and that women have more insomnia and hypersomnia than men.

In all of the items under study, concerning the relationship between sleep standard and depression, we infer that this is only influenced by insomnia, which is statistically highly significant ($t = 2.849$, $p = 0.007$).

Keywords: Palliative Care, Depression, Sleep Standard and Insomnia.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO	21
-----------------------------	-----------

PARTE 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – CUIDADOS PALIATIVOS	27
--------------------------------------	-----------

2.1 – FILOSOFIA E PRINCÍPIOS	27
------------------------------------	----

2.2 – NECESSIDADES PSICOLÓGICAS DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS ..	29
---	----

3 – DEPRESSÃO	31
----------------------------	-----------

3.1 – CLASSIFICAÇÃO	31
---------------------------	----

3.2 – ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA	32
---------------------------------------	----

4 – PADRÃO DE SONO	33
---------------------------------	-----------

4.1 – MECANISMOS FISIOLÓGICOS	33
-------------------------------------	----

4.2 – ONTOGENIA DO SONO	35
-------------------------------	----

4.3 – FATORES DE RISCO E DISTÚRBIOS DO SONO	36
---	----

4.4 – CONSEQUÊNCIAS DE UM SONO NÃO SATISFATÓRIO/DISTÚRBIOS DO SONO	37
---	----

4.5 – RELAÇÃO ENTRE INSÔNIA E DEPRESSÃO	37
---	----

PARTE 2: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	41
--	-----------

5.1 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	42
--	----

5.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	43
--	----

5.3 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA	45
--	----

6 – RESULTADOS	47
-----------------------------	-----------

6.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	47
--	----

6.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA	49
6.3 – CARATERIZAÇÃO DO PADRÃO DE SONO	50
6.4 – CARATERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO	52
7 – ANÁLISE INFERENCIAL	55
8 – DISCUSSÃO	59
8.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	59
8.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75
ANEXO I – Autorização para Aplicação do instrumento de colheita de dados	77
ANEXO II – Autorização para utilização dos questionários	89
ANEXO III – Consentimento Informado/ Instrumento de Colheita de Dados	93
ANEXO IV – Escala de BDI: Consistência Interna/Informação Complementar	101

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Classificação do grau de dispersão no Coeficiente de Variação	45
Quadro 2 – Estatísticas relativas ao sexo	47
Quadro 3 – Características sócio-demográficas em função do sexo	48
Quadro 4 – Características clínicas em função do sexo	49
Quadro 5 – Estatística da satisfação subjetiva do sono	50
Quadro 6 – Estatísticas relativas ao sono	51
Quadro 7 – Descrição dos fenómenos adversos durante o sono	51
Quadro 8 – Frequência da toma de fármacos para dormir Vs sexo	52
Quadro 9 – Estatísticas relativas à depressão	52
Quadro 10 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo o sexo	53
Quadro 11 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973)	53
53Quadro 12 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e idade	55
Quadro 13 – Estudo entre a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a depressão	56
Quadro 14 – Estudo entre as variáveis clínicas e a depressão	57
Quadro 15 – Depressão Vs satisfação subjetiva do sono, insónia e hipersónia	58
Quadro 16 – Depressão Vs fenómenos adversos durante o sono	58

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SÍGLAS

ANCP – Manual de Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

BDI – Beck Depression Inventory

CID -10 – Classificação Internacional de Doenças edição 10

Cit. – Citado

cf. – Conforme

CP – Cuidados Paliativos

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição

EEG – Eletroencefalograma

h. – Horas

H_x – Hipótese

IDB – Inventário de Depressão de Beck

ICSD – American Academy of Sleep Medicine

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

Nº – Número

min – Minutos

Não - REM – Non-Rapid Eye Movements

REM – Rapid Eye Movements

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS 19 – Statistical Package for the Social Sciences

Vs – Versus

WHO – World Health Organization

XX – Vinte

XXI – Vinte e um

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

N – Absolutas

α – Alfa de Cronbach

CV – Coeficiente de Variação

r – Correlação de Pearson

Dp – Desvio Padrão

> – Maior

\bar{x} – Média

< – Menor

Mo – Moda

p – nível de significância

% – Percentual

χ^2 – Qui-Quadrado

1 – INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da medicina nas últimas décadas do século XX, assim como as melhorias inegáveis nas condições de vida, elevaram a expectativa de vida de 34 anos, no começo do século XX, até quase aos 80 anos no começo do século XXI (BALLONE, 2005). O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento progressivo das populações, nas últimas décadas, teve como consequência um aumento gradual de algumas doenças crónicas e incapacitantes.

É neste contexto, que surge um conjunto de cuidados – Cuidados Paliativos (CP) – voltados para uma abordagem mais humana do tratamento, sendo pautados pela valorização da vida e pelo entendimento da morte como condição natural.

Os Cuidados Paliativos são uma resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada incurável e progressiva na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e às suas famílias (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006).

O conceito de Cuidados Paliativos está centrado no cuidar. Foi sem dúvida Florence Nightingale quem primeiro salientou o cuidar, como sendo um acto rodeado de humanidade e profundidade, sentindo por isso uma grande necessidade de criar uma profissão voltada para o cuidar de pessoas (CERQUEIRA, 2005). O acto de cuidar é a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, sobre o qual tudo deve ser construído (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Daqui emerge a necessidade de definir o doente paliativo como sendo “(...) a pessoa que a breve prazo, com muita probabilidade morrerá” (RODEIA, 1998 Cit. por CERQUEIRA, 2005). Este conceito, inclui todos os doentes que apresentam uma doença para a qual o tratamento curativo já não traz benefícios e concomitantemente está associado a um sofrimento físico e psicológico.

O cuidado paliativo, na sua essência, visa essencialmente o alívio dos sintomas, e não o tratamento das suas causas ou a cura da doença que lhes deu origem (PEREIRA, 2010).

Os sintomas mais comuns que podem ser diagnosticados, no doente paliativo, são: a dor; a dispneia; a fadiga; a ansiedade; a depressão; as desordens do sono (insónia e

hipersónia); o delírio; a xerostomia; a anorexia; a caquexia; a obstipação; a diarreia; a náusea; o vómito. Destes sintomas, reconhece-se que a depressão emerge como uma doença que deve ser valorizada, uma vez que é subdiagnosticada, pelo que poucos doentes recebem tratamento adequado (JUVER; VERÇOSA, 2008). Por outro lado, é uma doença cujas consequências emocionais e físicas apresentam grande impacto na qualidade de vida dos pacientes em tratamento paliativo (DINIZ et al., 2006), pois é caracterizada por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por actividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Chellapa e Araújo (2007) referem que na investigação da depressão são importantes os estudos sobre o sono, podendo os mesmos contribuir para a elaboração de um diagnóstico precoce dessa condição clínica, além de permitirem uma melhor avaliação de estratégias de tratamento para os doentes, já que o risco de desenvolver depressão é maior em pessoas com insónia do que naquelas que não apresentam esse distúrbio (GEIB et al., 2003 Cit. por FERRO, 2005).

A Associação Mundial da Medicina do Sono (2010) na Declaração do Dia Mundial do Sono deu realce às desordens do sono como constituindo uma epidemia global que ameaça a saúde e a qualidade de vida.

Assim sendo, a autora deste estudo de investigação científica considerou pertinente a escolha do tema “**A influência do padrão de sono na depressão em doentes em Cuidados Paliativos**”, por ser um tema relativamente recente e em desenvolvimento, quer no contexto da prática de enfermagem, quer no contexto da sociedade e também por partilhar da mesma ideia defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde.

A pertinência de considerar o sono como uma variável de estudo, neste projeto de investigação, resulta do facto de o sono ter sido reconhecido como essencial à reparação e manutenção do equilíbrio bio-psico-social do ser humano, e o seu estudo exercer um papel fundamental na investigação da depressão.

No âmbito desta temática, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Existe influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos?
- Em que medida as variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais influenciam a depressão em doentes em cuidados paliativos?

De modo a obtermos respostas científicas válidas, às questões de investigação anteriores, foram delineados os seguintes objectivos gerais:

- Identificar a depressão em doentes em Cuidados Paliativos.
- Analisar a influência do padrão de sono na depressão em doentes em Cuidados Paliativos.

Como objectivos específicos: caracterizar sobre o ponto de vista sócio-demográfico, e clínico a amostra; caracterizar o padrão de sono da amostra; identificar o tipo de depressão dos doentes em cuidados paliativos.

Para alcançar os objetivos supra citados optou-se por aplicar um formulário composto pela caracterização sócio-demográfica, um Inventário de Depressão de Beck e um Questionário de Sono de Oviedo, à amostra seleccionada, a qual será não probabilística de conveniência, uma vez que é constituída pelos doentes que se encontraram internados nas Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede e do Hospital de Seia, de 24 Janeiro a 30 Junho de 2011.

A abordagem realizada, nesta pesquisa, foi de cariz transversal, explicativa descritiva, analítica, retrospectiva e correlacional, contemplando um conjunto de áreas chave, entre as quais se destaca a clarificação do conceito de Cuidados Paliativos, a depressão, o padrão de sono e os seus distúrbios e o estabelecimento de uma linguagem comum nestes domínios.

O estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais: A Fundamentação Teórica e a Investigação Empírica. A primeira parte inclui a fundamentação teórica e resulta da consulta e análise bibliográfica, encontrando-se dividida em três capítulos, conforme a conceptualização dos temas abordados, nomeadamente: Os Cuidados Paliativos; Depressão; Padrão de Sono. A segunda parte é constituída pela investigação empírica, a qual se divide em dois capítulos: Considerações Metodológicas e Considerações Finais.

O percurso realizado ao longo deste estudo concluir-se-á com as referências bibliográficas e alguns anexos que foram considerados pertinentes para a compreensão dos diferentes pontos da investigação.

Apesar da complexidade da temática abordada neste estudo, espera-se poder contribuir para a sua compreensão e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CUIDADOS PALIATIVOS

DEPRESSÃO

PADRÃO DE SONO

2 – OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente doentes na fase final da vida (APCP, 2006).

Os Cuidados Paliativos são cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva (PORTAL DA SAÚDE, 2010), são ainda cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas interdisciplinares segundo níveis de diferenciação (PORTAL DA SAÚDE, 2010), assumindo um papel cada vez mais importante e de maior crescimento nos dias de hoje. Isto acontece porque se vislumbra no Cuidado Paliativo, o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença.

Watson citado por Neil (2004), refere que o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade Humana. Para isso, as unidades de cuidados paliativos podem prestar cuidados em regime de internamento ou domiciliário e abrangem um leque variado de situações, idades e doenças (APCP, 2006). Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (BARBOSA, 2009). Assim, o cuidado paliativo requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2009, p.16).

Um ponto fulcral emergente em todas as definições de “Cuidados Paliativos”, apresentadas pelos diversos autores, consiste no facto deste tipo de cuidados reclamar um modelo de cuidados holístico, centrado no doente e família, ou seja, só considerando a pessoa doente na sua integralidade é que será possível aliviar o sofrimento e promover o bem-estar, a qualidade de vida e a dignidade humana na doença terminal (PEREIRA, 2010).

2.1 – FILOSOFIA E PRINCÍPIOS

“Não chega dar mais anos à vida, é também necessário dar mais vida aos anos”.
(CAINÉ, 2008, p.8).

A filosofia subjacente aos cuidados paliativos surgiu, pela primeira vez, na Idade Média durante as cruzadas, devido à tradição dos *hospice care*, numa altura em que a medicina oferecia, sobretudo o cuidado aos pobres, doentes, marginalizados e idosos (PEREIRA, 2010). Mas o seu marco histórico deu-se com a necessidade de responder e/ou se pretender uma humanização de cuidados, defendido primeiro por Cicely Saunders em Inglaterra e posteriormente por Elisabeth Kluber Ross nos Estados Unidos da América (BARBOSA; NETO, 2006). No entanto, e apesar de já existir legislação importante sobre esta matéria, deparamo-nos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

Em Portugal, a introdução dos cuidados paliativos deu-se já tardiamente com as primeiras iniciativas a surgirem apenas na década de noventa (MARQUES, 2009), período em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a importância dos cuidados paliativos e considerou o tratamento da dor e de outros sintomas como uma das suas prioridades na luta contra o cancro, a par da prevenção primária, do diagnóstico precoce e do tratamento curativo.

A abrangência crescente que este tipo de cuidados assume na actualidade manifesta-se quer no sentido da sua oferta a doentes com maior diversidade de patologias e situações, quer na sua introdução em fases mais precoces da doença conforme o preconizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e a European Association for Palliative Care (PEREIRA, 2010).

Pereira (2010) menciona que os destinatários destes cuidados devem reunir um conjunto de condições, de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2004, nomeadamente, apresentarem conjuntamente rápida progressão da doença, prognóstico de vida limitado, intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Apesar dos cuidados paliativos, hoje em dia, darem resposta a várias doenças, os doentes oncológicos continuam a estar no centro das atenções, provavelmente devido à degradação física a que muitas vezes esta doença os conduz e também pelo curto tempo de vida que estes doentes têm na fase terminal (ANDRADE, 2009).

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje reconhecida como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia (EURAG, 2004 Cit. por NETO; BARBOSA, 2010). Como consequência deste facto, em 2004 o Programa Nacional de Cuidados Paliativos enumerou os princípios e os direitos universais dos cuidados paliativos, de onde emerge o mais profundo respeito pela ética e dignidade da existência do ser humano no seu todo por ser um imperativo social a nível mundial

(CIRCULAR NORMATIVA nº 14/DGCG, 2004), possibilitando que o doente paliativo tome as suas próprias decisões, no princípio da beneficência e da não-maleficência.

Na prática, estes princípios desenvolvem-se em quatro grandes áreas de intervenção, que inevitavelmente se entrelaçam e que se apresentam com igual relevância: o controlo da dor e de outros sintomas para maximizar a qualidade de vida; a comunicação adequada, que inclui apoio psicológico e espiritual; o apoio à família durante a doença e no luto; o trabalho de equipa, que engloba para além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciado (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dietistas, padre, fisioterapeuta, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade, entre outros) (DOYLE; JEFFERSON, 2005 Cit. por RESENDE, 2009).

Em síntese, o doente paliativo é um doente com necessidades específicas, particulares e multifactoriais, o que implica um trabalho em equipa e uma atenção continuada e individualizada.

2.2 – NECESSIDADES PSICOLÓGICAS DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A existência de sintomas do foro psicológico é muito comum nos doentes em cuidados paliativos, sendo os mais frequentes a depressão e a ansiedade (NETO; BARBOSA, 2010).

A necessidade de cuidados paliativos cria habitualmente um contexto de crise que requer do doente uma rápida adaptação a uma nova realidade, por ele considerada catastrófica (NETO; BARBOSA, 2010). As alterações são graduais com redefinição interior das expectativas pessoais (CHOCHINOV, 2006 Cit. por GOMES, 2010). Neste âmbito, Vachon (2004) referido por Capelas (2008) revelou que 3% a 58% dos doentes em cuidados paliativos apresentam sintomas depressivos.

Marsden (2010) refere factores etiológicos que justificam a prevalência duas vezes maior de depressão nesta população, nomeadamente: múltiplas perdas de funcionamento social e físico, futuro incerto e temido, dor, constipação, problemas metabólicos, efeitos colaterais de fármacos e efeito directo do cancro ao nível dos neurotransmissores.

Estudos de Breitbart et al. (2000), apresentados por DINIZ et al. (2006) demonstraram que, em doentes internados com cancro, em estado terminal, havia 16% de depressão grave. Estes estudos são confirmados por Silva (2006), que nos diz que segundo o relatório da OMS de 2002, cerca de um terço dos indivíduos com cancro apresenta algum grau de ansiedade e/ou depressão.

3 – DEPRESSÃO

A depressão é a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão (PORTAL SAUDE, 2010). Segundo a OMS, por volta de 2020, a depressão poderá alcançar o segundo lugar no ranking de doenças que atinge todas as idades e ambos os sexos. No entanto, pode ser diagnosticada e tratada, tendo o tratamento convencional uma boa resposta, em 80% dos casos (NETO; BARBOSA, 2010).

A depressão é um Transtorno Mental, que resulta do cruzamento de factores precipitantes e predisponentes (VAZ SERRA, 1990 Cit. por LOUREIRO, 2009), caracterizado por um conjunto heterogéneo de sintomas, nomeadamente: humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, perturbações no sono (insónia ou hipersónia), alterações no apetite, fadiga, baixa concentração e pensamentos de morte (WHO, 2010).

Actualmente o conceito de depressão goza de grande consenso quando são cumpridos os critérios de descrição incluídos na Classificação Internacional de Doenças CID-10, no Módulo Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV (2002) e é considerada como a exacerbação dos sentimentos e sensações diárias acompanhadas de tristeza.

3.1 – CLASSIFICAÇÃO

A depressão pode ser classificada de acordo com a causa e com a presença ou não de um componente genético (história familiar). Segundo a classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças, edição CID-10 (2008), constata-se que os episódios depressivos podem ser classificados em três graus de depressão: leve, moderado e grave; dependendo da frequência e intensidade dos sintomas.

Autores como Harrisson, Gueddes e Sharpe (2006, p. 170), consideram a depressão leve como a forma mais comum do episódio depressivo, em que os sintomas mais presentes são a sensação de cansaço, de stress e mais raramente a ideação suicida. Uma característica importante é o facto de apesar de apresentar humor diminuído, o doente mantém a sua vida e manifesta uma reacção positiva perante boas notícias.

Os mesmos autores referem que a depressão moderada apresenta os seguintes sintomas como característicos: humor objectivo e subjectivo deprimido; sintomatologia somática, nomeadamente a perturbação do sono e do apetite; anedonia e ausência de motivação; anergia; falta de concentração; cognições negativas; lentificação motora comum ou em alguns doentes a agitação independente do que têm em mente; sentimentos de desespero e desamparo; ideação e intenção suicida provocada pelo humor baixo, pelas cognições negativas e sentimentos de desespero – relativamente aos quais se deve sempre inquirir e levar a sério o doente; ansiedade e isolamento social; disfunção proeminente com incapacidade para trabalhar de forma apropriada ou isolamento social marcado.

Na depressão grave, os sintomas mais marcantes são: desinteresse pela vida e pelo envolvimento, ideação suicida muito marcada e risco de suicídio muito elevado.

A classificação da depressão da psicométrica do Inventário de Depressão de Beck, aferido para a população portuguesa pelo Senhor Professor Doutor Vaz Serra e Pio Abreu (1973), vai de encontro ao tema exposto. Sendo assim, a BDI vai ser o instrumento utilizado para definir os doentes deprimidos em cuidados paliativos, uma vez que a sua avaliação é difícil de ser efectuada, sobretudo em doentes em fim de vida.

3.2 – ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

A depressão pode afectar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade e, se não for tratada, pode conduzir ao suicídio, uma consequência frequente da depressão (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

A característica sócio-demográfica mais relevante refere-se à incidência dupla da depressão feminina, que acompanha a seguinte distribuição – do menos para o mais: casados, solteiros, viúvos, separados ou divorciados (FERNÁNDEZ, 2010). Diversos factores podem contribuir para a maior ocorrência de distúrbios do sono entre as mulheres, pois estas apresentam um risco maior para desenvolver quadros depressivos (BRESLAU et al., 1996; FAVA, 2004 Cit. por SOARES, 2006).

Num Estudo epidemiológico de Chellapa e Araújo (2008), onde se relacionam os transtornos do sono (insónia e hipersónia), com a ideação suicida em pacientes ambulatoriais e com transtorno depressivo maior, os doentes depressivos com insónia (70% da amostra) apresentavam pontuações significativamente mais elevadas de ideação em comparação com os pacientes com hipersónia (30,0% da amostra). Este estudo revelou que o factor de risco, neste caso, foi três vezes maior para um paciente depressivo com insónia.

4 – PADRÃO DE SONO

Durante séculos de obscurantismo e ainda sem bases assentes na investigação científica o sono foi considerado como uma simples necessidade fisiológica, destinada exclusivamente a refazer as energias gastas durante o dia, ou seja, pensava-se que o sono era a altura em que o cérebro se “desligava” para descansar e o corpo “aproveitava” para um repouso tonificante de modo a restabelecer a energia necessária à actividade do dia seguinte (SOARES, 2010).

Com o avanço do conhecimento científico o conceito de sono foi sendo alterado, apresentando ainda nos dias de hoje divergências de autor para autor.

Soares, (2010) define o sono como uma actividade fisiológica normal, necessária e indispensável, um estado anatómico e funcional de não acordado, de desligar da relação com o mundo exterior para que o cérebro possa trabalhar para si próprio, dedicando-se às actividades necessárias ao seu funcionamento normal.

O sono, para Coelho et al. (2010) é um fenómeno essencial para a sobrevivência, tem como função primordial a restauração corporal e mental, com diversos efeitos fisiológicos, entre eles o processamento de vários tipos de memória. O sono é importante para a recuperação da doença, enquanto a privação deste pode afectar a regeneração celular assim como a total recuperação da função imunitária (BARROS, 2007).

Em 2005 foi realizado um estudo com indivíduos adultos portugueses que comprova o reconhecimento da importância das alterações do sono e o seu impacto na vida das pessoas. Dos indivíduos estudados, 50,6% não estão satisfeitos com o sono, 28,1% sofrem de insónia, mais de 70,0% referem acordar durante a noite e 11,0% apresentam sonolência diurna (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DO SONO, 2005).

4.1 – MECANISMOS FISIOLÓGICOS

A época em que se considerou que o sono era um bloco homogéneo, foi ultrapassada quando surgiu o electroencefalograma (EEG) que comprovou que o sono é um estado descontínuo organizado em fases que se diferenciam por traçados electroencefalográficos específicos (SOARES, 2010).

Dois factores controlam a necessidade fisiológica de sono: a arquitectura intrínseca e o ritmo circadiano de sono/vigília.

a) Arquitectura do sono

O padrão de sono não é uniforme, tem várias fases diferenciadas, que se sucedem por ciclos que se repetem por 4 ou 5 vezes, durante a noite. Um ciclo típico é constituído pelos estádios/fases 1, 2, 3 e 4 do sono Não-REM ("Non-Rapid Eye Movements") ou sono de ondas lentas seguido por um período de sono REM ("Rapid Eye Movements") ou sono paradoxal. Cada pessoa tem ciclos do sono totalmente individuais e, cada ciclo, por sua vez, difere dos outros inconfundivelmente (SOARES, 2010).

O sono começa pela fase 1 – grau mais superficial, em que a pessoa acorda facilmente, os olhos movem-se lentamente e a actividade muscular está muito lenta (ocupa cerca de 5% do tempo despendido no sono em adultos saudáveis).

A fase 2 equivale a 50% do tempo de sono. Neste estádio os olhos deixam de se mexer e o cérebro mostra, num EEG, uma estrutura distinta da situação de acordado, com ondas lentas embora com surtos ocasionais de ondas rápidas.

Ao progredir para o fase 3 as ondas do EEG tornam-se ainda mais lentas de uma forma quase exclusiva.

A fase 4 é o grau de maior profundidade, em que a pessoa acorda com dificuldade. O tónus muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória estão diminuídos ao máximo. Nas fases/estádios 3 e 4, também chamados de fase DELTA, o sono encontra-se na fase mais profunda e ocupam cerca de 10 a 20% do tempo de sono. No sono REM verificam-se movimentos oculares rápidos e uma actividade cerebral inusualmente alta, um pouco semelhante a um estado de vigília. Corresponde à fase do sonhar (ocupa cerca de 20 a 25% do sono total) (GEIB et al.;2003; RENTE; PIMENTEL, 2004).

A arquitectura intrínseca do sono descrita anteriormente pode ser alterada por factores como o envelhecimento, a alimentação, actividade física, medicamentos, álcool, drogas, distúrbios do sono e privação de sono.

Chellapa (2007) evidencia, a partir do estudo de Souza et al., (2003), que há alterações diversas nas fases de sono REM e não-REM em pacientes com transtorno depressivo e tentativas de suicídio. Por outro lado, no envelhecimento dão-se rupturas e distorções no padrão de sono normal com maior duração do sono leve – aumento do estádio 1 do não-REM e diminuição dos estádios 3 e 4. A duração do REM é relativamente constante nos idosos saudáveis mas há uma diminuição quando há alterações cognitivas e

em doenças graves. O sono torna-se fragmentado, e acontecem muitos períodos de despertares noturnos (SOARES, 2010).

b) Ritmo circadiano de sono e vigília

O responsável pelo aparecimento do sono é o nosso relógio biológico ou ritmo circadiano. O ritmo circadiano comanda a sequência de vigília/sono e está em sintonia com os ciclos do sol, da lua e das estações do ano. Tal como o conceito informa, é um ritmo biológico que se completa ao fim de cerca de 24 horas (RENTE; PIMENTEL, 2004).

Este ritmo diário permite-nos realizar as tarefas do dia, como acordar e dormir, falar e comer. Influencia as funções do nosso corpo nomeadamente, a manter a temperatura corporal, a secreção hormonal cíclica, a função cardio-respiratória dentro dos valores padronizados, promove variações na tensão arterial e no humor e estado de espírito enquanto inseridos na atitude comportamental (SOARES, 2010). É ele que nos mantém em alerta enquanto acordados e nos ajuda a relaxar para dormir.

4.2 – ONTOGENIA DO SONO

A duração e os padrões do sono mostram um significativo número de alterações no decurso da ontogenia humana, estando actualmente documentado que a estrutura cíclica e a distribuição percentual das diferentes fases do sono variam com a idade. Alcançam os seus valores máximos na primeira infância e a partir da puberdade inicia-se um ligeiro declínio nos valores destes parâmetros que se prolongam até à velhice.

No decurso da ontogenia humana, segundo Soares (2010) a duração e os padrões de sono mostram um significativo número de alterações, estando documentado que o ritmo dos ciclos sono/vigília e a distribuição percentual das diferentes fases do sono variam ao longo da vida, com a idade. A própria arquitectura do sono modifica-se com o tempo.

É na primeira infância que são atingidos os valores máximos de sono num período de 24 horas (cerca de 20 horas), diminuindo progressivamente para 8 horas no adolescente, 7,5 horas no adulto e 6 horas a partir dos 60 anos de idade. O inverso ocorre com os despertares noturnos: de dois despertares na faixa dos 20 aos 30 anos, passa para quatro entre os 40 e os 50 anos, chegando a oito entre os 70 e os 80 anos (GEIB, 2003). Esta deterioração é reflectida por uma maior vigília e sono do estágio 1 e redução dos estágios 3 e 4 (SOARES, 2010).

4.3 – FACTORES DE RISCO E DISTÚRBIOS DO SONO

É primordial avaliar e identificar os factores de risco que contribuem para as perturbações do sono. De acordo com NETO; BARBOSA (2010), esses factores são de natureza médica ou neuropsiquiátrica, nomeadamente a sintomatologia provocada pela doença e os tratamentos instituídos (depressão, ansiedade, dor) ou relacionados com factores ambientais ou com a inadequada higiene do sono – o contexto ser desconhecido, as interrupções do sono, os barulhos, a temperatura e a ingestão de bebidas estimulantes. Outros factores podem ser iatrogénicos, tais como o uso de medicamentos, a interrupção de sedativos do SNC, o álcool e as anfetaminas, o uso prolongado de barbitúricos ou secundário ao uso prolongado de psicofármacos.

A classificação das perturbações do sono é uma área em constante desenvolvimento baseada nos avanços mais recentes do conhecimento etipatogénico e fisiopatológico. Tendo em consideração as classificações do manual American Academy of Sleep Medicine - ICSD (2001), a insónia e a hipersónia inserem-se na classificação das perturbações do sono referentes às dissónias.

Insónia

Além de ser a perturbação do sono mais comum, define-se como a sensação subjectiva de sono insuficiente ou não reparador. É frequente a pessoa queixar-se de dificuldade em iniciar ou em manter o sono, acordar com a sensação de não ter repousado ou acordar cansado (RENTE; PIMENTEL, 2004).

A insónia é a inversão do ciclo sono-vigília (UNIC, 2009). A prevalência da insónia aumenta com a idade, estimando-se que entre 25% a 40% dos indivíduos com mais de 65 anos exibem queixas relacionadas com o sono, sendo o sexo feminino particularmente vulnerável (SOARES, 2010).

Com frequência, sobretudo, quando apresenta uma evolução arrastada, a insónia acompanha-se de cansaço, diminuição de energia, dificuldades de concentração e irritabilidade ao longo do dia; podendo ainda resultar uma baixa tolerância à dor, alteração da função imunológica, desordens do humor e indisposição física (UNIC, 2009).

Hipersónia

Em aproximadamente 10% a 20% dos casos, os pacientes depressivos podem referir excesso de sono (hipersónia) sob a forma de episódios de sono no turno prolongado e aumento do sono diurno (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2006).

A hipersónia é caracterizada por uma queixa constante ou recorrente de sonolência diurna excessiva, normalmente com episódios com duração de uma ou mais horas (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001). O indivíduo que apresente este tipo de perturbação tem dificuldade em despertar com períodos de confusão e por vez, dificuldade na coordenação de movimentos, podendo executar determinadas tarefas automáticas ou actos inapropriados de que não se recorda posteriormente (RENTE; PIMENTEL, 2004). Esta perturbação ocorre em cerca de 5% a 10% de doentes que apresentam queixas de sonolência sem diferenças entre os sexos (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001).

Existem muitas causas potenciais para a sonolência excessiva diurna, para a maioria dos doentes a etiologia é multifactorial (NETO; BARBOSA, 2010).

4.4 – CONSEQUÊNCIAS DE UM SONO NÃO SATISFATÓRIO/DISTÚRBIOS DO SONO

As consequências de um sono não satisfatório e dos distúrbios do sono envolvem questões económicas e de saúde, como o aumento de hospitalizações, do absentismo, de riscos de acidentes de trânsito e de desenvolvimento de distúrbios mentais. Roberts, Roberts e Chen (2001, 2002) citado por Müller e Guimarães (2007) encontraram entre jovens com problemas de sono, comparados com os seus pares com sono normal, maior incidência de depressão, ansiedade, irritabilidade, medo, raiva, tensão, instabilidade emocional, desatenção, problemas de conduta, uso de álcool e de outras drogas, ideação ou tentativa de suicídio, fadiga, falta de energia, dores de cabeça e de estômago.

Todas as situações clínicas têm repercussão sobre o sono e podem desencadear reacções/sintomas/doenças em cadeia com consequências muitas vezes imprevisíveis, daí a necessidade de se utilizar um instrumento para avaliação do padrão de sono nos cuidados paliativos. O Questionário de Sono de Oviedo foi eleito porque a sua psicometria está de acordo com todo o contexto exposto anteriormente.

4.5 – RELAÇÃO ENTRE INSÓNIA E DEPRESSÃO

O presente subcapítulo aborda a relação entre a insónia e a depressão, e como a transmissão da serotonina está envolvida em ambas as condições.

A insónia e a depressão partilham factores de risco comuns: o sexo feminino, o envelhecimento e a ocorrência de transtornos mentais ou doenças clínicas. Entre os idosos, os aposentados e/ou inactivos e viúvos são os de maior risco, principalmente aqueles que se encontram confinados à sua casa ou em instituições (BRANCO et al., 2009), e os que fazem uso crónico de determinados medicamentos. Além disso, nessa faixa etária, observa-se uma maior ocorrência de doenças clínicas, depressão/ansiedade e alterações do ciclo vigília/sono.

Quando o doente com insónia não responde às medidas não farmacológicas, antes de se iniciar algum medicamento, é indispensável verificar se existe alguma condição responsável pela insónia e que mereça um tratamento anterior e prioritário. Nesta situação encontra-se a depressão que deve ter tratamento prioritário sobre a insónia (BALONE, 2004).

Alguns sistemas neurotransmissores, tais como a serotonina (mediadora responsável pelas fases III e IV do sono) e a acetilcolina, estão simultaneamente implicados na depressão e distúrbios do sono. A diminuição da latência da fase REM do sono, que ocorre na depressão, deve-se ao desequilíbrio entre a serotonina e a acetilcolina (MAIA, 2009).

A serotonina pode elevar o humor e produzir uma sensação de bem-estar. É a resposta da natureza aos antidepressivos convencionais. A sua falta no cérebro ou anomalias no seu metabolismo têm sido relacionadas com condições neuropsíquicas bastante sérias, tais como, problemas com o sono, distonia, síndrome das pernas inquietas, problemas psiquiátricos e depressão (MORAES et al., 2011).

Fármacos ansiolíticos como antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos da recaptação da serotonina e benzodiazepinas influenciam a actividade serotoninérgica (CARVALHO, 2010), impedindo a retirada da serotonina da fenda sináptica, local onde este neurotransmissor exerce a sua acção. Deste modo, a serotonina permanece disponível por mais tempo, facilitando a síntese e a libertação de factores indutores do sono (MAIA, 2009), e melhora a depressão/sintomas depressivos (PINHEIRO, 2011; MEDEREIROS; 2010).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

RESULTADOS

ANÁLISE INFERENCIAL

DISCUSSAO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

No entender de Fortin (2009) “a fase metodológica operacionaliza o estudo” e é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração e o desenvolvimento da investigação científica.

É nesta fase que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta aos objectivos por ele definidos e comprovar ou não as hipóteses formuladas.

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população-alvo e a orientação da investigação (FORTIN, 2009).

Desta forma, foram delineados como objectivos gerais:

- Identificar a depressão em doentes em CP.
- Analisar a influência do padrão de sono na depressão em doentes em CP.

Como objectivos específicos: caracterizar sob o ponto de vista sócio-demográfico e clínico a amostra; caracterizar o padrão de sono da amostra; identificar o tipo de depressão dos doentes em cuidados paliativos.

Com os objectivos traçados, que orientaram o nosso estudo, elaborámos as seguintes hipóteses:

H₁ – As variáveis sócio-demográficas influenciam a depressão nos doentes em CP.

H₂ – As variáveis clínicas influenciam a depressão nos doentes em CP.

H₃ – O padrão de sono influencia a depressão nos doentes em CP.

O desenho de investigação que elaborámos constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento do estudo.

Como podemos observar na figura seguinte (cf. Figura 1), pretendemos analisar a possível influência das **variáveis independentes**: Sócio-demográficas, Clínicas e Padrão de Sono, sobre a **variável dependente**: a Depressão.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



O estudo realizado, nesta pesquisa, foi de cariz transversal, explicativo descritivo, analítico, retrospectivo e correlacional.

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi um formulário, cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários.

A amostra em estudo inclui os doentes internados na UCP e será não probabilística¹, uma vez que é constituída pelos doentes que se encontram internados na UCP do Hospital de Cantanhede e do Hospital de Seia, de 24 Janeiro a 30 de Junho de 2011.

São critérios de inclusão no estudo, os doentes internados nas referidas unidades, que tenham aceitado participar no estudo e são critérios de exclusão do estudo os doentes que apresentem alterações neurológicas incapacitantes de responder ao questionário.

5.1. – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a realização deste estudo foram formalizados pedidos de autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e dos Hospitais de Seia, Cantanhede, Tondela e Fundão, e Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra (ANEXO I), assim como aos autores das escalas aplicadas (ANEXO II). Para os indivíduos participantes neste estudo, os consentimentos voluntários foram essenciais, bem como o direito à intimidade e confidencialidade de todos os resultados. Os doentes foram informados da finalidade e dos objectivos do estudo em que iriam participar, daí o preenchimento do consentimento informado (ANEXO III).

Foi definido, previamente, em conjunto com o Enfermeiro Chefe de cada instituição, o dia da aplicação do instrumento de colheita de dados, de forma a não perturbar o normal

¹ Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem (Maroco, 2007).

funcionamento do serviço e também para identificar quais os doentes que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo.

5.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na perspectiva de Fortin (2009), os dados a colher com a ajuda de um instrumento de medida devem ser exactamente os necessários para responder aos objectivos da investigação, ou seja, o investigador deve ter em conta se a informação que vai colher corresponde aos objectivos do que se vai investigar.

Há diversas formas para a colheita de dados e é o investigador que deve determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação e às hipóteses formuladas (FORTIN, 2009).

Tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, descreve - mos de seguida o nosso instrumento de colheita de dados (cf. ANEXO III), o qual obedece à seguinte disposição:

SECÇÃO I – Caracterização sócio-demográfica

Os dados biográficos referem-se à caracterização do indivíduo, nomeadamente em termos de sexo, idade, situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar.

SECÇÃO II – Avaliação clínica

Conjunto de questões que visam caracterizar algumas variáveis clínicas, como: número de internamentos numa UCP, diagnósticos clínicos, se toma antidepressivos.

SECÇÃO III – Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)

Esta variável mede-se pelo Inventário Depressivo de Beck (IDB). O IDB é a versão portuguesa do Beck Depression Inventory (BDI) publicado em 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh. A validação desta escala para Portugal foi realizada em 1973, pelo Professor Doutor Vaz Serra e Pio Abreu (ANEXO IV). Trata-se de um questionário de auto-resposta indicado para indivíduos com 13 ou mais anos, constituído por 21 itens de quatro a seis afirmações, das quais o inquirido deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação.

Em cada grupo, as afirmações são cotadas de 0 (zero) pontos, que corresponde à inexistência do sintoma, a 3 (três) pontos, que corresponde à manifestação grave do sintoma e estão apresentadas da cotação mais baixa para a mais elevada subentendendo

graus crescentes de gravidade da depressão, existindo uma ou mais perguntas com a mesma cotação (VAZ SERRA E PIO ABREU, 1973).

O valor total permite a classificação de níveis de intensidade de sintomas depressivos. Ele é obtido somando os valores de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas pelos sujeitos nos 21 itens. Cada item apresenta quatro alternativas, que podem ter o valor: 0, 1, 2 ou 3.

Na validação da Escala os autores obtiveram um índice alfa de Cronbach² (α) de 0,847. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um alfa de Cronbach de 0,801 (cf. ANEXO IV).

Na validação para a população portuguesa do “Inventário Depressivo de Beck” (Vaz Serra e Pio Abreu, 1973) determinaram-se os seguintes pontos de corte, para classificar os sujeitos quanto à intensidade dos sintomas depressivos: **Sem sintomatologia depressiva**, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck é inferior a 12,85; **Depressão leve**, se pontuarem com valores entre os 12,85 e os 18,32; **Depressão moderada**, se pontuarem com valores entre os 18,33 e os 23,92; **Depressão grave**, se pontuarem com valores superiores ou iguais a 23,93.

SECÇÃO IV – Questionário de Sono de Oviedo (GARCIA et al., 2000)

É uma variável que terá como referência os distúrbios de sono.

O QSO é um instrumento de ajuda diagnóstica para transtornos de sono de acordo com os critérios DSM-IV e CID-10 (BOBES, et al., 2000). É formado por 15 itens do tipo *Likert*, 13 dos quais se agrupam em subescalas, de acordo com o apresentado a seguir:

- Satisfação subjectiva do sono (item 1).
- Insónia (itens 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3, 4, 5, 6, 7).
- Hipersónia (itens 2.5, 8, 9).
- O último item proporciona informação sobre a presença de fenómenos adversos durante o sono.
- Cada item pontua-se de 1 a 5, excepto o item 1 que se pontua de 1 a 7.
- A subescala da insónia oscila entre 9 e 45, onde uma maior pontuação equivale a um maior índice de insónia.
- A subescala da hipersónia oscila entre 3 e 15, onde uma maior pontuação equivale a um maior índice de hipersónia.
- A satisfação subjectiva do sono oscila entre 1 e 7 e quanto maior a pontuação melhor a satisfação subjectiva do sono.

² A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90 (PESTANA E GAGEIRO, 2008).

5.3 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA

A presente investigação será processada através da estatística descritiva e estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas: **Frequências:** (Absolutas (N) e Percentuais (%)); **Medidas de tendência central:** (Médias (\bar{x})); **Medidas de dispersão ou variabilidade:** (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV)).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Quadro 1 – Classificação do grau de dispersão no Coeficiente de Variação

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações. Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (MAROCO, 2007).

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (MAROCO, 2007), ou seja, só recorreremos a estes testes quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior e os que constituem a amostra menor foi superior a 1,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí, que a possibilidade de aceitar H_1 é muito maior.

Assim, quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica destacam-se o Teste Paramétrico: Teste de Qui Quadrado (χ^2) (compara a proporção entre frequências observadas e esperadas); e os Testes Não Paramétricos: o Teste de Kruskal-Wallis

(compara as médias entre três ou mais variáveis) e o Teste de U Mann Witheney (compara as médias entre dois grupos independentes).

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma regressão linear simples. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor é a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizámos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005), sugerem:

- $0,2 \leq r < 0,39$ – Associação baixa;
- $0,4 < r < 0,69$ – Associação moderada;
- $0,7 < r < 0,89$ – Associação alta;
- $0,9 < r \leq 1$ – Associação muito alta.

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$ – Não significativo (n.s.);
- $p < 0.05^*$ – Significativo;
- $p < 0.01^{**}$ – Bastante significativo;
- $p < 0.001^{***}$ – Altamente significativo.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Statistical Package Social Science 19 para o Windows, o Excel e Word Microsoft.

Expostas as considerações metodológicas, proceder-se-á à apresentação e análise dos resultados através de Quadros, onde serão explicitados os dados mais relevantes do estudo.

6 – RESULTADOS

Após o tratamento estatístico do instrumento de colheita de dados aplicado, apresentamos os resultados obtidos. Esta apresentação acontece em quadros precedida da respectiva análise descritiva.

6.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A amostra apresenta idades entre os 41 e os 95 anos com uma média de 71,96 anos (Dp=12,392) e com uma distribuição moderada em torno da média.

Podemos ainda dizer que o sexo masculino apresenta uma média de idades inferior, comparativamente com o sexo feminino, respectivamente 69,38 anos e 79,35 anos, no entanto o teste U de Mann Whitney, revela que as diferenças entre **sexos** não são estatisticamente significativas (U=233,0; Z=-1,535; p=0,125) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	SK _{erro}	KI _{erro}	CV (%)
Masculino	24	48	87	69,38	11,806	-0,405	-1,122	17,02
Feminino	26	41	95	74,35	12,665	-1,998	0,700	16,67
Total	50	41	95	71,96	12,392	-1,510	-0,703	17,22

³U=233,0; Z=-1,535; p=0,125

Para uma caracterização mais pormenorizada dos doentes que constituem a amostra, apresentam-se no quadro 3 as variáveis relacionadas com a sua situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar.

No que concerne à **situação profissional**, verificámos que 78,0% dos indivíduos são reformados em oposição aos 22,0% que ainda permanecem no activo. Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que as diferenças entre os sexos são estatisticamente não significativas ($\chi^2=0,242=$; p=0,623). No que respeita à **zona de residência**, 56,0% vive em zona rural e os restantes 44,0% vive em zona urbana. Em relação à diferença entre os sexos, verificámos que não há diferenças entre os sexos, (Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,063=$; p=0,802). Verificámos ainda que 54,0% dos indivíduos apresenta-se com o **estado civil** de

³ Teste U de Mann Whitney

casados, 32,0% vivem em união de facto, 8,0% são divorciadas e 6% solteiros. Apesar de existir uma percentagem maior de pessoas do sexo masculino, casadas ou a viver em união de facto, face ao sexo feminino (62,4% Vs 46,2%) e de no sexo feminino a percentagem de viúvos ser superior ao sexo masculino (38,5% Vs 25,0%), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2=1,589=$; $p=0,662$).

Reportando-nos às suas **habilitações literárias**, a maioria dos doentes refere ter o ensino básico (68,0%), seguindo-se os que não sabem ler nem escrever com 24,0%. Por último, com apenas 8,0%, temos os que referem ter o ensino secundário ou superior, (cf. Quadro 3). Após a realização do teste respectivo para a relação entre esta variável e o sexo, verificámos diferenças estatisticamente significativas nas habilitações literárias ao nível do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior ($\chi^2=6,322=$; $p=0,042$), ou seja, na nossa amostra há, significativamente, mais mulheres sem saber ler nem escrever comparativamente com os homens. No caso do Ensino Secundário e Ensino Superior há mais mulheres com este grau de literacia, contrastando com os homens que não apresentam nenhum indivíduo.

Quadro 3 – Características sócio-demográficas em função do sexo

N=50	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
SITUAÇÃO PROFISSIONAL							
Reformado		18	75,0	21	80,8	39	78,0
Activo		6	25,0	5	19,2	11	22,0
ZONA DE RESIDÊNCIA							
Rural		13	54,2	15	57,7	28	56,0
Urbana		11	45,8	11	42,3	22	44,0
ESTADO CIVIL							
Solteiro		1	4,3	2	7,7	3	6,0
Casado ou em União de Facto		15	62,4	12	46,2	27	54,0
Divorciado		2	8,3	2	7,7	4	8,0
Viúvo		6	25,0	10	38,4	16	32,0
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS							
Não sabe ler nem escrever		4	16,7 -1,2 res	8	30,8 1,2 res	12	24,0
Ensino Básico		20	83,3 2,2 res	14	53,8 -2,2 res	34	68,0
Ensino secundário e Ensino Superior		-	- -2,0 res	4	15,4 2,0 res	4	8,0
CONTEXTO FAMILIAR							
Vive sozinho		4	16,7	3	11,5	7	14,0
Vive com familiares		20	83,3	23	88,5	43	86,0
Total		24	48,0	26	52,0	50	100,0

Profissão ($\chi^2=0,242=$; $p=0,623$)⁴
 Zona de Residência ($\chi^2=0,063=$; $p=0,802$)
 Estado Civil ($\chi^2=1,589=$; $p=0,662$)
 Habilitações Literárias ($\chi^2=6,322=$; $p=0,042^*$)
 Contexto Familiar ($\chi^2=0,272=$; $p=0,602$)

⁴ Teste Qui-Quadrado

Por fim, no que respeita ao **contexto familiar**, verificámos que 86,0% vive com familiares e 14,0% vive sozinho. O mesmo acontece em cada um dos sexos e aplicando o teste Qui-Quadrado, verificámos que não há diferenças entre os sexos ($\chi^2=0,272$, $p=0,602$).

Perfil sócio-demográfico: Se quiséssemos traçar o perfil sócio-demográfico médio, dos doentes estudados, teríamos um doente com cerca de 72 anos, reformado (78,0%), a residir em meio rural (56,0%), casado ou a viver em união de facto (54,0%), com o ensino superior (68,0%) e a viver com familiares (86,0%).

6.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA

No sentido de caracterizar a amostra sob o ponto de vista clínico, apresentam-se no quadro 4 os quatro itens abrangidas.

Quadro 4 – Características clínicas em função do sexo

N=50	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
NÚMERO DE INTERNAMENTOS NUMA UCP						
Um	17	70,8 -2,4 res	25	96,2 2,4 res	42	84,0
Dois	6	25,0 2,7 res	0	0,0 -2,7 res	6	12,0
Três	1	4,2 0,1 res	1	3,8 -0,1 res	2	4,0
TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS						
Sim	12	50,0	19	73,1	31	62,0
Não	12	50,0	7	26,9	19	38,0
DIAGNOSTICO CLÍNICO						
Neoplasia	20	83,3	23	88,5	43	86,0
Insuficiência de órgãos	-	-	2	7,7	2	4,0
Outro	1	4,2	1	3,8	2	4,0
Mais de 1 diagnóstico	3	12,5	-	-	3	6,0
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Nº de Internamentos numa UCP ($\chi^2=7.456$; $p=0,024^*$)

Toma de antidepressivos ($\chi^2=2.821$; $p=0,093$)

Diagnóstico Clínico ($\chi^2=5.138$; $p=0,162$)

Começando a avaliação clínica pelo **número de internamentos numa UCP**, podemos verificar que a grande maioria dos doentes esteve internado apenas uma vez (84,0%), sendo que 12,0% esteve duas vezes e apenas 4,0% teve três internamentos. Após a realização do teste de Qui-Quadrado, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e o facto de estes estarem internados uma ou duas vezes, ou seja, enquanto os homens apresentam uma grande percentagem de dois internamentos relativamente às mulheres, estas apresentam uma grande percentagem de apenas um

internamento relativamente aos homens ($\chi^2=7,456$; $p=0,024$). No que concerne à **toma de antidepressivos**, podemos verificar que a maioria da nossa amostra (62,0%) toma este tipo de medicamentos, não havendo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,278$; $p=0,070$). Averiguámos ainda que a neoplasia é o **Diagnóstico Clínico** mais frequente (86,0%) e que não há diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Perfil clínico: O perfil clínico médio da amostra estudada, revela um doente com apenas um internamento na UCP (84,0%), com diagnóstico de neoplasia (86,0%) e que toma antidepressivos (62,0%).

6.3 – CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE SONO

No que respeita ao primeiro item, **satisfação subjectiva do sono**, que coincide também com a primeira subescala, podemos verificar que 36,0% dos indivíduos se encontram satisfeitos com o seu sono seguidos de 30,0% de insatisfeitos. Estes valores são explicados pelos valores obtidos dentro de cada sexo, visto que 45,8% dos homens se encontram satisfeitos, contrastando com os 38,5% das mulheres que estão insatisfeitas com a qualidade do seu sono. No entanto não verificámos diferenças estatisticamente significativas na relação entre esta variável e o sexo ($\chi^2=5,828$; $p=0,443$) (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Estatística da satisfação subjectiva do sono

Satisfação subjectiva do sono	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
Muito insatisfeito	1	4,2	1	3,8	2	4,0
Bastante insatisfeito	3	12,5	2	7,7	5	10,0
Insatisfeito	5	20,8	10	38,5	15	30,0
Nem insatisfeito nem satisfeito	3	12,5	4	15,4	7	14,0
Satisfeito	11	45,8	7	26,9	18	36,0
Bastante satisfeito	0	0,0	2	7,7	2	4,0
Muito satisfeito	1	4,2	0	0,0	1	2,0
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Satisfação subjectiva do sono ($\chi^2=5,828$; $p=0,443$)

Ainda relativamente ao estudo da **satisfação subjectiva** com o sono, podemos verificar um score médio de 3,88 ($Dp=1,335$), em que os homens estão mais satisfeitos com o seu sono, comparativamente com as mulheres, respectivamente, 4,00 e 3,77. Também neste caso não há diferenças estatisticamente significativas ($U=281,0$; $Z=-0,536$; $p=0,531$) (cf. Quadro 6).

Continuando o estudo das restantes subescalas e no que concerne à **insónia** verificámos um score mínimo de 11 e um máximo de 41, com uma média de 25,70

($Dp=7,533$) e uma dispersão moderada em torno da média. Entre os sexos não verificámos diferenças estatisticamente significativas ($U=278,5$; $Z=-0,651$; $p=0,515$) (cf. Quadro 6).

Do estudo da terceira e última subescala **hipersónia**, observámos um *score* mínimo de 3 e um máximo de 15, com uma média de 7,92 ($Dp=3,510$) e uma dispersão alta em torno da média. Também aqui se verificaram diferenças estatisticamente não significativas ($U=284,5$; $Z=-0,536$; $p=0,592$) (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Estatísticas relativas ao sono

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
SATISFAÇÃO SUBJECTIVA DO SONO								
Masculino	24	1	7	4,00	1,414	-0,640	-0,267	35,35
Feminino	26	1	6	3,77	1,275	-0,072	-0,625	33,82
Total	50	1	7	3,88	1,335	-0,436	-0,731	34,41
INSÓNIA								
Masculino	24	13	41	25,21	7,425	0,888	-0,728	29,45
Feminino	26	11	39	26,15	7,750	-0,338	-0,727	29,64
Total	50	11	41	25,70	7,533	0,315	-1,169	29,31
HIPERSÓNIA								
Masculino	24	3	14	7,58	3,229	0,638	-0,850	42,60
Feminino	26	3	15	8,23	3,787	0,670	-1,005	46,01
Total	50	3	15	7,92	3,510	1,030	-1,189	44,32

Satisfação subjectiva do sono ($U=281,0$; $Z=-0,627$; $p=0,531$)

Insónia ($U=278,5$; $Z=-0,651$; $p=0,515$)

Hipersónia ($U=284,5$; $Z=-0,536$; $p=0,592$)

No que respeita aos **fenómenos adversos** que ocorrem durante o sono dos doentes, verificámos que a esmagadora maioria dos mesmos refere a sua inexistência (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Descrição dos fenómenos adversos durante o sono

Fenómenos adversos	nº de dias		1-2 dias		3 dias		4-5 dias		6-7 dias		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ressonado	36	72,0	4	8,0	2	4,0	4	8,0	4	8,0	50	100,0
Ressonado com falta de ar	47	94,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	50	100,0
Movimentos das pernas	34	68,0	8	16,0	4	8,0	0	0,0	4	8,0	50	100,0
Pesadelos	41	82,0	2	4,0	4	8,0	2	4,0	1	2,0	50	100,0
Outros	49	98,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	50	100,0

Quanto à quantidade de dias da semana em que os indivíduos da nossa amostra tomam medicação para dormir, podemos observar que a grande maioria deles (88,0%), toma este tipo de medicamentos. Esta tendência é confirmada dentro de cada sexo, com 91,7% dos homens e 84,6% das mulheres. Concluimos ainda que não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($\chi^2=0,588$; $p=0,443$), (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Frequência da toma de fármacos para dormir Vs sexo

Dias de toma de fármacos por semana	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nenhum dia		2	8,3	4	15,4	6	12,0
6 a 7 dias		22	91,7	22	84,6	44	88,0
Total		24	48,0	26	52,0	50	100,0

Dias de toma de fármacos por semana ($\chi^2=0,588$; $p=0,443$)

Perfil do Padrão de sono: O perfil médio dos doentes estudados revela um doente satisfeito com a qualidade do seu sono (36,0%), sem fenómenos adversos durante o sono, que toma medicamentos para dormir (88,0%), em que as mulheres têm mais insónias e hipersónias que os homens.

6.4 – CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

Na caracterização desta variável verificámos um *score* que varia entre um mínimo de 7 e um máximo de 44, com uma média de 25,98 ($Dp=8,639$), havendo uma dispersão elevada em torno da média. Da relação entre esta variável e o sexo, verificámos que são independentes ($U=251,0$; $Z=-1,186$; $p=0,235$) (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Estatísticas relativas à depressão

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	SK_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Masculino	24	7	40	24,63	7,845	-0,233	0,037	31,85
Feminino	26	8	44	27,23	9,288	-1,015	-0,511	34,09
Total	50	7	44	25,98	8,639	-0,718	-0,678	33,25

$U=251,0$; $Z=-1,186$; $p=0,235$

Quando procedemos ao estudo da gravidade da depressão, observamos que a maioria dos indivíduos da amostra apresenta **depressão grave** (60,0%), 20,0% uma depressão moderada, 12,0% apresentam depressão leve e por fim apenas 8,0% não têm sintomatologia depressiva. Quanto à relação entre a gravidade da depressão e o sexo, verificámos não existirem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,723$; $p=0,632$), (cf. Quadro 10).

Segundo o autor da escala, a amostra foi dividida em dois grupos, os que apresentavam um *score* superior ou igual a 12,85 (“com depressão”) e os que apresentavam um *score* inferior a 12,85 (“sem depressão”), sendo que 92,0% foram classificados como tendo depressão, em contraste com os 8,0% sem depressão. Também nesta variável foram encontradas diferenças estatisticamente não significativas ($\chi^2=0,921$, $p=0,337$) (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
GRAVIDADE DA DEPRESSÃO (POR GRUPOS) (N=50)						
Ausência	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Depressão Leve	4	16,7	2	7,7	6	12,0
Depressão Moderada	5	20,8	5	19,3	10	20,0
Depressão Grave	14	58,3	16	61,5	30	60,0
PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (N=50)						
Sem depressão (< 12.85)	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Com depressão (≥12.85)	23	95,8	23	88,5	46	92,0
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Gravidade da Depressão (por grupos) ($\chi^2=1,723$; $p=0,632$)
 Presença de sintomatologia Depressiva ($\chi^2=0,921$; $p=0,337$)

Verificamos que os valores médios obtidos na presente investigação, são inferiores aos que Vaz Serra (1973) obteve na população em geral e em todos os níveis de depressão (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973)

	Presente investigação		Vaz Serra e Pio Abreu (1973)	
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp
Grau Leve	16,17	2,72	17,40	4,55
Grau Moderado	21,40	1,33	24,80	6,48
Grau Grave	31,70	0,83	32,20	8,28

Perfil da Depressão: O perfil médio da depressão, indica doentes na sua maioria com sintomatologia depressiva (92,0%) e com uma depressão grave (60,0%).

7 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise dos resultados procederemos, seguidamente, à síntese inferencial dos resultados referentes ao estudo do efeito das variáveis independentes na depressão, como previsto no corpo das hipóteses. Nesta abordagem, foram apenas considerados 46 indivíduos (92% da amostra), ou seja, apenas os que apresentaram sintomatologia depressiva (cf. Quadro 10).

H₁ – As variáveis sócio-demográficas influenciam a depressão nos doentes em CP

O estudo da relação entre a **depressão e a idade** revela-nos uma associação baixa e positiva ($r=0,260$; $p=0,048$). Observa-se ainda que quando aumenta a idade aumenta a sintomatologia depressiva, o valor de t ($t=1,783$; $p=0,081$), evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, a idade não tem influência no estado de depressão dos doentes internados nos cuidados paliativos (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a idade

	R	r ² (%)	p	t	p
Idade	0,260	6.76	0,048*	1.783	0,081

No que concerne ao **sexo**, apesar do sexo feminino apresentar uma média superior à do sexo masculino (27,23 Vs 24,63), verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=251,0$; $Z=-1,186$; $p=0,235$) (cf. Quadro 13).

Quando analisámos a sintomatologia depressiva em função da **situação profissional**, inferimos que, apesar de os reformados apresentarem um *score* superior comparativamente com quem ainda está no activo (respectivamente 28,03 Vs 25,55), as duas variáveis são independentes ($U=146,0$; $Z=-1,200$; $p=0,230$) (cf. Quadro 13).

Os doentes que vivem em meio rural apresentam um *score* mais elevado do que os que residem em meio urbano. No entanto, a associação desta variável com a **zona de residência** revelou-se estatisticamente não significativa ($U=243,0$; $Z=-0,463$; $p=0,644$) (cf. Quadro 13).

No que respeita à influência do **contexto familiar** na sintomatologia depressiva, verificámos que não há relação entre as variáveis, visto que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($U=123,5$; $Z=-0,398$; $p=0,697$) (cf. Quadro 13).

Em relação ao **estado civil**, os doentes solteiros são os que apresentam maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=33,33$) ao inverso do que acontece nos divorciados ($\bar{x}=23,33$). Contudo, observa-se que o estado civil não influencia estatisticamente a depressão ($H=4,681$, $p=0,322$) (cf. Quadro 13). Por fim, a relação entre as **habilitações literárias e a depressão**, na nossa amostra, evidencia que as duas variáveis são independentes, não havendo relações estatisticamente significativas entre as duas ($H=1,553$, $p=0,460$) (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas e a depressão

	\bar{x}	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	P
SEXO					
Masculino	24,63	7,845	251,0	-1,186	0,235
Feminino	27,23	9,288			
SITUAÇÃO PROFISSIONAL					
Reformado	28,03	7,160	146,0	-1,200	0,230 n.s.
Activo	25,55	7,942			
ZONA DE RESIDÊNCIA					
Rural	28,04	8,249	243,0	-0,463	0,644 n.s.
Urbana	26,77	6,332			
CONTEXTO FAMILIAR					
Vive sozinho	28,14	5,273	123,5	-0,398	0,697 n.s.
Vive com familiares	27,31	7,702			
	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
ESTADO CIVIL					
Solteiro	33,33	11,590	4,681		0,322 n.s.
Casado ou em União de Facto	27,09	6,954			
Divorciado	23,33	7,095			
Viúvo	28,31	6,789			
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS					
Não sabe ler nem escrever	28,42	7,728	1,553		0,460 n.s.
Ensino Básico	26,65	7,163			
Ensino secundário e Ensino Superior	31,67	8,505			

Desta forma, podemos inferir que as variáveis sócio-demográficas não influenciam na sintomatologia depressiva nos doentes em CP.

H₂ – As variáveis clínicas influenciam a depressão nos doentes em CP

Os doentes com maior **número de internamentos** possuem um o *score* mais elevado de sintomatologia depressiva ($\bar{x}=29,0$). Contudo, verificámos que esta variável não influencia a depressão ($H=0,037$; $p=0,982$) (cf. Quadro 14).

No que concerne ao **diagnóstico clínico**, os doentes que apresentam mais do que um diagnóstico, têm um *score* mais elevado ($\bar{x}=32,67$), no entanto não se revelam influenciadores da sintomatologia depressiva ($H=2,117$; $p=0,549$) (cf. Quadro 14).

No que respeita à **toma de antidepressivos**, verificámos que os doentes que tomam este tipo de medicamentos apresentam maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=29,22$). No entanto, não se verifica uma relação entre estas duas variáveis ($U=163,5$; $Z=-1,846$; $p=0,065$) (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Estudo entre as variáveis clínicas e a depressão

	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
			H	P	
NÚMERO DE INTERNAMENTOS					
Um	27,54	7,615	0,037	0,982 n.s.	
Dois	26,50	6,535			
Três	29,00	-			
DIAGNOSTICO CLÍNICO					
Neoplasia	27,18	7,373	2,117	0,549 n.s.	
Insuficiência de órgãos	28,50	9,192			
Outro	23,50	10,607			
Mais de 1 diagnóstico	32,67	4,726			
	\bar{x}	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS					
Sim	29,22	8,201	163,5	-1,846	0,065 n.s.
Não	25,22	5,036			

Inferimos, face às variáveis clínicas, que nenhuma delas influencia a nossa variável dependente.

H₃ – O padrão de sono influencia a depressão nos doentes em CP

O estudo da relação entre a **satisfação subjectiva do sono** e a **depressão** revela-nos uma associação baixa e inversa ($r=-0,239$; $p=0,110$), ou seja, quanto maior é a satisfação com o sono menor é a sintomatologia depressiva nos doentes. Contudo, o valor de t não revela diferenças estatísticas significativas (cf. Quadro 15).

Na relação entre a **insónia** e a **depressão**, a correlação é directamente proporcional e moderada ($r=0,395$; $p=0,007$), ou seja, quanto menor a insónia, menor a sintomatologia depressiva. O valor de t ($t=2,849$; $p=0,007$), evidencia que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, a insónia influencia a depressão em 15,6% dos doentes internados em cuidados paliativos (cf. Quadro 15).

No estudo da relação entre a **hipersónia** e a **depressão**, verificámos que quanto menor for a hipersónia, menor é também a sintomatologia depressiva, no entanto não se registam diferenças estatisticamente significativas ($r=0,026$; $p=0,866$) (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Depressão Vs satisfação subjectiva do sono, insónia e hipersónia

	r	r ² (%)	P	t	p
Satisfação subjectiva do sono	-0,239	5,7	0,110	-1,632	0,110
Insónia	0,395	15,6	0,007**	2,849	0,007**
Hipersónia	-0,026	0,1	0,866	-0,170	0,866

Por fim, ao analisarmos a relação entre a ocorrência de fenómenos adversos durante o sono e a depressão, verificámos que nenhum deles tem influência sobre a variável dependente (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Depressão Vs fenómenos adversos durante o sono

	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis	
			H	P
RESSONADO				
Nenhum	27,44	7,692	2,912	0,573
1 – 2 dias	26,33	10,214		
3 dias	22,00	1,414		
4 – 5 dias	31,50	2,517		
6 – 7 dias	26,67	7,341		
RESSONADO COM FALTA DE AR				
Nenhum	27,72	7,398	2,257	0,521
1 – 2 dias	29,00	--		
3 dias	17,00	--		
4 – 5 dias	24,00	--		
6 – 7 dias	--	--		
MOVIMENTOS DAS PERNAS				
Nenhum	27,24	6,955	6,843	0,077
1 – 2 dias	22,67	6,055		
3 dias	36,00	6,272		
4 – 5 dias	--	--		
6 – 7 dias	27,67	7,341		
PESADELLOS				
Nenhum	27,38	7,470	2,755	0,600
1 – 2 dias	24,00	7,071		
3 dias	26,25	6,397		
4 – 5 dias	30,00	11,314		
6 – 7 dias	36,0	--		
OUTROS				
Nenhum	27,51	7,406	0,172	0,678
1 – 2 dias	--	--		
3 dias	24,00	--		
4 – 5 dias	--	--		
6 – 7 dias	--	--		

No que concerne à relação entre o padrão de sono e a depressão, inferimos que a insónia é influenciadora da nossa variável dependente.

8 – DISCUSSÃO

Aferidos os resultados encontrados, com base nas repostas obtidas através do formulário e escalas aplicadas, urge a sua interpretação à luz das questões formuladas. Nesse sentido, proceder-se-á, em seguida, à discussão dos resultados considerados mais relevantes, procurando relacioná-los com estudos anteriores, nos quais foi investigado o mesmo problema.

8.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Na presente discussão considera-se relevante referenciar alguns aspectos metodológicos deste estudo que dizem respeito à validade, fidelidade e credibilidade da investigação realizada.

No que concerne à garantia da validade teórica, teve-se o cuidado de formular enunciados teóricos passíveis de serem operacionalizados durante o processo de investigação, quando se levantaram as hipóteses. O desenho de estudo também foi concebido com a intenção de tornar possível a operacionalização das variáveis.

A análise efectuada às características psicométricas do instrumento de colheita de dados, no que respeita à fidelidade do instrumento, permitiu apurar um alfa de Cronbach de 0,801 para a consistência interna do inventário de depressão de Beck. Pais-Ribeiro (2007) refere que “uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80”.

Na elaboração desta pesquisa deparámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, nomeadamente o facto de três hospitais (Hospital de Tondela, Fundação e IPO de Coimbra) não terem autorizado a aplicação do instrumento de colheita de dados, o que limitou a amostra, ao tipo de doentes internados na UCP de Cantanhede e de Seia. Muitos dos doentes internados nestas unidades apresentavam-se em estado de deterioração neurológica e física, o que impediu a aplicação do instrumento de colheita de dados, tendo a amostra final englobado apenas 50 doentes. Outra dificuldade foi o facto de o período estabelecido para a aplicação deste instrumento ter sido muito curto.

Desta forma, por ser uma amostra pequena, a validade/credibilidade pode estar comprometida, o que não impede que os resultados respondam às hipóteses levantadas durante este estudo.

Relativamente à fundamentação teórica, constatámos que apesar de existirem estudos sobre a depressão nos doentes em cuidados paliativos, os mesmos são em número reduzido, nomeadamente no que respeita à influência do padrão de sono na depressão nestes doentes, tornando-se assim necessário caracterizar melhor este tipo de doente, bem como a presença de depressão.

8.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O problema da doença terminal atravessa todas as faixas etárias, atingindo praticamente todas as famílias portuguesas (APCP, 2006).

A análise do estudo permitiu-nos verificar que a nível **sócio-demográfico** a nossa amostra (50 doentes), constituída por 52% de mulheres, apresenta **idades** compreendidas entre os 41 e os 95 anos de idade (\bar{x} =71,96; Dp=12,392), sendo que 78,0% são reformados, 56,0% vive em zona rural e 44,0% em zona urbana, 54,0% são casados ou vivem em união de facto, 86,0% vive com familiares e 68,0% tem ensino básico. Comparativamente, Viana (2010) no seu estudo sobre a avaliação da esperança em CP também obteve uma média de idades de 67,3 anos em 117 doentes, maioritariamente do sexo feminino (56,4%), sendo 74,3% casados, 77,8% reformados. Similarmente, Duarte et al. (2010) no seu estudo metodológico, observou que em 132 doentes a receber cuidados paliativos, a média de idades era de 67,2 anos, dos quais 56,1% eram homens.

Os resultados respeitantes à **zona de residência**, em que se verifica que 56,0% dos indivíduos vivem em zona rural e os restantes 44,0% vivem em zona urbana, podem ser explicados pelo facto de o estudo ter sido realizado no Distrito de Viseu, onde predomina o meio rural.

A nível clínico, na presente amostra, a **neoplasia** foi o diagnóstico mais frequente (86,0%), tal como o verificado por Viana (2010) e Duarte et al. (2010), em que 82,9% e 82,6%, respectivamente, dos indivíduos da sua amostra, eram doentes oncológicos. Estes resultados são sustentados por Andrade (2009) que refere que os doentes oncológicos continuam a estar no centro das atenções. O cancro é a segunda causa de morte em Portugal, apesar do movimento dos CP abranger todo um conjunto de patologias (FRADIQUE, 2010).

No que concerne à **toma de antidepressivos**, podemos verificar que a maioria da nossa amostra (62,0%) toma este tipo de medicamentos, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($\chi^2=3,278$; $p=0,070$), contudo podemos observar que em 50 doentes, 21 tomam antidepressivos, 19 são do sexo feminino enquanto que apenas 12 são do sexo masculino, facto que pode ser explicado por Fernandez (2010), o qual refere que por cada duas mulheres, um homem tem depressão entre os 15 e os 70 anos.

Os dados obtidos para o uso de antidepressivos (62,0%), são corroborados pela literatura científica que realça o facto de os antidepressivos serem geralmente eficazes no tratamento da depressão e dos seus sintomas. Infelizmente, os antidepressivos não são prescritos frequentemente para doentes com cancro. Em 25,0% de todos os doentes com sintomatologia depressiva apenas 16,0% recebem medicação para a depressão (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2011). Estes resultados permitem supor que a depressão está subdiagnosticada e/ou subtratada, o que possivelmente interfere com o prognóstico dos doentes inquiridos. Assim, é importante o desenvolvimento de uma nova abordagem que envolva o uso de antidepressivos para prevenir o desenvolvimento da depressão em doentes, que recebem medicações conhecidas por causarem sintomas depressivos graves.

Relativamente ao **padrão de sono**, foi possível constatar, no nosso estudo, que apenas 36,0% dos doentes se revela satisfeito com a qualidade do seu sono, 88,0% tomam medicamentos para dormir e, o sexo feminino apresenta mais insónias ($\bar{x}=26,15$) e hipersónias ($\bar{x}=8,23$) do que o sexo masculino ($\bar{x}=25,21$; $\bar{x}=7,58$). Estes resultados foram também encontrados no estudo de Cardoso et al. (2010) sobre a identificação precoce e controle de sintomas em doentes oncológicos. Quanto às alterações no padrão de sono, 49,0% dos doentes relataram insónia e 48,0% sonolência, sendo que destes 35,0% apresentaram ambos os sintomas. Conforme Muniz et al. (2010) observaram que, dos 100 indivíduos participantes no estudo sobre as alterações no padrão de sono de doentes em CP, 86,0% apresentaram alguma alteração no padrão de sono, sendo 28,0% sonolência, 23,0% insónia e 35,0% os dois sintomas concomitantemente. De acordo com Barichello et al (2009), adormecer por períodos curtos durante o dia pode contribuir para a má qualidade do sono nocturno. Os mesmos autores entendem que as alterações no padrão de sono são intensificadas de acordo com o avanço do cancro e a perspectiva do fim da vida. É de referir que a incidência de distúrbios do sono vivenciados pelos doentes com cancro varia entre os 30,0% a 50,0%, quando comparada aos 15% que se regista na população em geral. Estes dados são reforçados por Vachani (2011) que indica que 23,0% a 44,0% dos doentes oncológicos apresentam distúrbios do sono após dois a cinco anos de tratamento

Cerca de 70,0% dos doentes em fase terminal apresenta insónia, sintoma mais comum na população em geral (FREIRE et al., 2011). Nesta população a insónia tende a aumentar com a idade e afecta mais as mulheres do que os homens (4 em cada 10 mulheres, e 3 em cada 10 homens, sofrem de insónia). Sendo um sintoma incapacitante, pode ser indicador de uma doença já existente (SOARES, 2010).

Para contornar a insónia e a hipersónia, ou seja, restabelecer o padrão de sono, os doentes fazem medicação para dormir. Efectivamente, 88,0% dos inquiridos, toma diariamente este tipo de medicação. Podem ser utilizados, basicamente, três grupos de fármacos: os ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, os antipsicóticos e os antidepressivos (FREIRE et al., 2011). Estes últimos medicamentos são também a pedra basilar do tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crónicas, podendo ser úteis nas depressões leves (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Um em cada quatro doentes em fase terminal apresenta depressão sendo esta mais frequente em casos de doença mais avançada (metástases) (FREIRE et al., 2011). A **depressão** foi diagnosticada em 92,0% dos doentes inquiridos no nosso estudo, percentagem que fica acima dos dados encontrados na literatura. Segundo Botino (2009) a prevalência da depressão e do transtorno psiquiátrico mais comum em doentes com cancro, varia entre 22,0% e 29,0%. No entanto, numa população com cancro da cabeça e do pescoço encontrou-se 30,2% de ocorrência de depressão, avaliada por meio da escala de Beck (GONÇALVES; FERRAZ, 2005).

Diniz et al. (2006) verificaram num estudo, que envolvia 62 pacientes oncológicos em CP, que 67,74% dos indivíduos apresentavam algum nível de depressão, mais prevalente nos internados ($p=0,0019$), sendo que, em 33,87% dos doentes, a depressão era moderada ou grave, de acordo com o inventário de Beck. Estes mesmos autores referem que Breitbart et al. (2000) demonstraram que em doentes internados com cancro, em estado terminal, havia 16,0% com depressão grave. No nosso estudo, esse valor foi de 60,0% para a depressão grave e 20,0% para a depressão moderada. A discrepância entre os valores do nosso estudo e os valores apresentado por Diniz et al. (2006) pode ser devido ao facto de os doentes se encontrarem internados em instituições distantes dos locais de residência e por consequência, a possibilidade de ocorrerem visitas por parte dos familiares ser mais exígua/limitada, podendo agravar o estado depressivo do doente.

A literatura aponta para a existência de uma relação entre a depressão e os doentes com cancro, seja a depressão como um factor de pré-disposição para a doença ou como um acontecimento posterior ao diagnóstico (BAPTISTA; SANTOS; DIAS, 2006). No entanto, a depressão nestes doentes é um assunto controverso e não consensual. Esta taxa varia em

função do regime (internamento e/ou ambulatório), metodologia utilizada para investigar a depressão, e de diversos factores como o tipo de cancro, evolução e complicações do mesmo.

Feitas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises inferenciais efectuadas.

Se a depressão, surge frequentemente como uma das componentes a incluir na abordagem do doente em cuidados paliativos, o impacto que as variáveis sócio-demográficas, clínicas, e o padrão de sono possam ter a esse nível merece uma reflexão cuidadosa. Nesta óptica, um dos principais pontos de discussão da H₁ relaciona-se com as variáveis sócio-demográficas.

O estudo, em relação à depressão e à idade revela-nos uma associação baixa e positiva ($r=0,260$; $p=0,048$), apesar de não ser estatisticamente significativa. Contudo, a correlação da depressão com a idade é considerada um factor de risco importante, uma vez que tanto a sua incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade (BRASIL, 2007). Carvalho (2010) corrobora o nosso estudo uma vez que referencia que em 53 doentes com dor oncológica os níveis da depressão e a idade não apresentaram uma associação significativa.

Por outro lado, Medeiros (2010) conclui, no seu estudo sobre depressão no idoso, que a prevalência da depressão aumenta com o desenvolvimento de doenças médicas: cancro, enfarte e distúrbios neurológicos, e é superior no contexto médico do que na comunidade, encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam entre 5 e 44,0% (BEYER, 2007).

Mystakidou et al. (2006) mostrou que as mulheres reportaram significativamente mais depressão. Na análise, ser mulher foi factor preditivo para sintomas depressivos. Contrariamente, Ciaramella e Poli (2001) encontraram mais homens deprimidos do que mulheres no seu estudo, no entanto, sem associação estatisticamente significativa. Na nossa amostra, considerando a variável sexo, observaram-se diferenças estatisticamente não significativas ($U=251,0$; $Z=-1,186$; $p=0,235$).

A relação entre o **estado civil** e a **depressão** ($H=4,681$, $p=0,322$), não foi estatisticamente significativa. Pelo que o estado civil não influencia a depressão. Todavia Gonçalves e Ferraz (2005) observaram que em 66 doentes com o diagnóstico de cancro da cabeça e pescoço, os 48 que tinham companheiro apresentavam um menor índice de depressão.

Era expectável que o processo de envelhecimento e a presença de doenças prévias ao cancro se reflectisse num aumento de depressão nos doentes em CP. No entanto, os

resultados obtidos no presente estudo não apoiam a hipótese H_2 por nós formulada, uma vez que não foram observadas diferenças estatísticas significativas, entre os três itens das variáveis clínicas e a depressão nos referidos doentes.

No que concerne à H_3 , concluímos que no conjunto dos itens em estudo, relativos à relação entre o padrão de sono e a depressão, esta é influenciada apenas pela insónia, sendo esta relação estatisticamente bastante significativa ($t=2,849$; $p=0,007$). Verifica-se que a correlação entre estas duas variáveis é directamente proporcional e moderada ($r=0,395$; $p=0,007$), ou seja, quanto menor a insónia, menor a sintomatologia depressiva. Observou-se no nosso estudo que a insónia influencia a depressão em 15,6% dos doentes internados em cuidados paliativos.

A literatura demonstra que os doentes com neoplasias estão em grande risco de desenvolver insónia e distúrbios do ciclo sono-vigília (LEE et al., 2011). Mota (2008), verificou, durante os seus trabalhos, alterações de sono em 38,5% dos doentes enquanto que 15,4% apresentavam depressão. A insónia é o distúrbio do sono mais comum nessa população e é frequentemente secundária a factores físicos e/ou psicológicos relacionados com o cancro e/ou seu tratamento. As alterações físicas aliadas ao estigma social na doença oncológica provocam alteração psicológica (FRADIQUE, 2010). As mais evidentes são a ansiedade e a depressão (PEREIRA; LOPES, 2005). A relação entre o sono e a depressão é complexa. A depressão pode causar problemas de sono e problemas de sono podem causar ou contribuir para transtornos depressivos (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2010).

No estudo de Palesh et al. (2010), realizado com 823 doentes com cancro a receber quimioterapia, concluiu-se que os doentes com insónia tinham sintomas depressivos mais significativos. Nesse caso, há a possibilidade do tratamento da insónia poder reduzir o risco de um novo episódio depressivo (RIEMANN et al., 2001). Dirksen e Epstein (2008) concluíram no seu estudo que as mulheres que sobreviveram ao cancro da mama e a receber terapia cognitiva-comportamental para a insónia apresentaram melhoras significativas relativamente ao estado depressivo. Em concomitância, a presença de transtornos do sono pode auxiliar na identificação de indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento do transtorno depressivo, em resultado da sua suscetibilidade biológica para a depressão (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2007).

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CP são um valioso instrumento para melhorar as condições de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença sem cura e/ou grave, com prognóstico limitado. Assim, a finalidade dos CP é proporcionar um cuidado integral e humanizado (NETO; BARBOSA, 2010), abrangendo todas as necessidades vitais do doente, sejam elas físicas, emocionais, sociais e espirituais.

No caso da realidade portuguesa, esta fica aquém dos padrões médios europeus, pelo facto das unidades serem insuficientes para dar resposta às necessidades da população e apresentarem uma distribuição geográfica irregular, o que se traduz num suporte social deficiente ou nulo e em sentimentos de isolamento ou solidão.

A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades (CADETE, 2005), particularmente nos últimos anos de vida que são, muitas vezes, acompanhados por situações de grande fragilidade.

O processo de diagnóstico-tratamento-prognóstico associado ao surgimento de multi-factores fisiopatológicos como a dor, a perda de autonomia e alterações do padrão de sono, podem afectar a saúde mental dos indivíduos e conduzir ao desenvolvimento de depressão leve, moderada ou grave, o que contribui para o declínio da qualidade de vida dos doentes.

A depressão é uma problemática à qual tem sido dada bastante atenção nos últimos anos dada a sua incidência nos doentes em CP, considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de muitas perturbações.

O conceito de depressão é difícil de definir, especialmente se o doente está em fase terminal. Os critérios de diagnóstico não têm a mesma sensibilidade nem a mesma especificidade nestas situações. Apesar de existir uma percentagem elevada de doentes com depressão, esta continua a ser subdiagnosticada e subtratada, devido à convicção de que é uma reacção normal a doenças como o cancro (CARVALHO et al., 2011).

Neste contexto, a escolha do tema “**A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos**” e o seu desenvolvimento, constituíram, desde a primeira hora, um enorme e aliciante desafio pelo elemento inovador que o caracteriza e, conseqüentemente, pelo cunho polémico que o pode distinguir, uma vez que de autor para autor existem divergências.

De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que a nossa amostra tinha um perfil de doentes com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos e, dos 50 doentes estudados, 92,0% apresentava sintomatologia depressiva, 60,0% depressão grave, 86,0% ostentava diagnóstico de neoplasia, 62,0% tomava antidepressivos e 88,0% medicamentos para dormir. Apenas 36,0% se revelou um doente satisfeito com a qualidade do seu sono, sendo que as mulheres apresentavam mais insónias e hipersónias que os homens. Face ao conjunto dos itens em estudo, relativos à relação entre o padrão de sono e a depressão, verificámos apenas uma relação estatisticamente significativa ($t=2,849$; $p=0,007$), entre a insónia e a depressão, o que nos levou a inferir que a depressão é influenciada pela insónia.

Assim, como medida para melhorar a qualidade dos CP prestados ao doente/família/cuidador, aconselha -se (numa tentativa de minimizar algumas situações decorrentes dos internamentos) que o utente seja internado nas unidades mais próximas da sua residência, família e amigos e seja dada mais atenção à presença ou desenvolvimento de depressão nos doentes em CP e aos factores que poderão estar com ela associados. Propõe-se também, que a gestão e o controlo de sintomas como a insónia, a hipersónia e a depressão em doentes oncológicos envolva a adaptação de práticas cada vez mais eficazes e efectivas.

A realização do presente estudo foi sem dúvida uma experiência extremamente positiva, sendo de destacar alguns aspectos, nomeadamente, a aprendizagem desenvolvida na vertente de cuidados paliativos, acerca da depressão e padrão de sono e sobre a importância das alterações de sono na depressão, e seu impacto na vida das pessoas;

É de referir que uma das maiores dificuldades deste estudo residiu especificamente na pesquisa bibliográfica, uma vez que em Portugal não há conhecimento de estudos realizados neste âmbito, onde se possa ter uma noção do quadro relacional dessas duas patologias (sono e depressão) em CP. Salienta-se ainda o facto da amostra ser não-probabilística (amostra de conveniência), não permitindo a generalização efectiva dos resultados.

Por fim, é importante reforçar que um estudo desta natureza nunca está terminado, podendo ser apresentada uma nova abordagem que lhe poderá dar continuação/aprofundamento, nomeadamente com a utilização de amostras maiores e mais representativas da população de doentes com depressão em CP, que serão importantes para consolidar os resultados aqui apresentados. Tais investigações poderão ser fundamentais para que possam ser planeados programas concretos no combate e prevenção da sintomatologia depressiva, prevenindo a sua evolução para um quadro de depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE - **International classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual**. Westchester: AASM, 2001. ISBN: 0-9657220-1-5

ANDRADE, Sónia Maria Gomes – **A perda de autonomia em doentes paliativos com cancro do pulmão** [Em linha]. Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada na Universidade de Lisboa. 181 p. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1920>>.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DA MEDICINA DO SONO – **Durma bem, fique saudável é o lema do dia mundial do sono** [Em linha]. 2010. [Consult. 12 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://pnlblogue.blogspot.com/2011/03/durma-bem-fique-saudavel.html>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Cuidados paliativos: o que são? [Em linha]. 2006. [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DO SONO – Estudo sobre a sonolência em Portugal [Em linha]. 2005 [Consult. 12 Julho 2010] Disponível em WWW: URL: <http://www.apsono.com/pt>>.

BALLONE, G. J. - **Medicina paliativa e qualidade de vida** [Em linha]. 2005. [Consult. 12 Julho 2010] Disponível em WWW: <URL: <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/paliativa.html>>.

BAPTISTA, Makilim Nunes; SANTOS, Kívia Mendonça dos; DIAS, Rosana Righetto - Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama Psicologia Argumento. [Em linha] 24:44 (Jan./Mar. 2006), 27-36 [Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=135&dd99=view>>.

BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo - **Manual de academia nacional de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1.

BARICHELLO, Elizabeth [et al.] - Qualidade do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. 17:04 (Julho 2009) 2-8. [Consult. 6 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_08.pdf>.

BARROS, Francisco Hilângelo Vieira - **Avaliação da privação de sono e dos padrões fisiológicos nos profissionais em enfermagem do município de Quixadá.** [Em linha]. Quixadá, 2007. Monografia apresentada na Faculdade Católica Rainha do Sertão. 45 p. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.portaleducacao.com.br/arquivos/arquivos_sala/media/objeto_de_aprendizagem_privacao_sono_fisiologicos_enfermagem.pdf>.

BEYER, J. L. - Managing depression in geriatric populations. Ann Clin Psychiatry [Em linha]. 19:4 (Oct. / Dec. 2007) 221-38. [Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18058280>>.

BOBES, Júlio Garcia [et al.] – Propriedades psicométricas del questionário Oviedo de Sueño. Psicotherma [Em linha]. 12:1 (2000) 107-12. [Consult. 12 Julho 2010]. Disponível em WWW: < <http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf>>.

BRANCO, Bianca de Moraes [et al.] - Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In LACERDA, Acioly Luiz Tavares de [et al.] - Depressão: do neurônio ao funcionamento social [Em linha]. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009. P. 13-26. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://downloads.artmed.com.br/public/L/LACERDA_Luiz_Tavares_De/Depressao/Liberado/Cap_01.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil** [Em linha]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf>.

CAINÉ, J.M.P. – Viver com uma ostomia: o processo de integração da nova condição de saúde. Enfermagem Oncológica. Ano 11, nº41 (Janeiro 2008), p. 7-14.

CAPELAS, Manuel Luís Vila [et al.] - Dor total nos doentes com metastização óssea. Cadernos de Saúde [Em linha]. 1:1 (2008) 7-22. [Consult. 26 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/cadernos_saude/Cadernos_Vol1No1.pdf>.

CARDOSO, Daniela Habekost [et al.] - A identificação precoce e controle de sintomas como cuidado de enfermagem a pacientes oncológicos em terminalidade. In UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, ed. lit. - XIX Congresso de Iniciação Científica, XII ENPOS - II Mostra Científica 2010 [Em linha]. UFPEL, 2010. P. 1-4. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_01099.pdf>.

CARVALHO, Sandra Marisa Sousa – **Intensidade da dor**, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos [Em linha]. Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 140 p. [Consult. 1 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL:

aberto.up.pt/bitstream/10216/26903/2/Intensidade%20da%20dor%20nveis%20de%20ansiedade%20e%20de%20depresso%20em%20do.pdf>.

CID-10, CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS – CID-10: **classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** [Em linha]. 2008. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - **O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades-dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra: Formasau, 2005. 227 p. ISBN 972-8485-49-2.

CHELLAPPA, Sara L.; ARAÚJO, John F. – Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha]. 28:2 (2006), 126-130. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n2/29780.pdf>>.

CHELLAPPA, Sara L.; ARAÚJO, John F. – O sono e os transtornos do sono na depressão. Revista Psiquiatria Clínica [Em linha]. 34:6 (2007), 285-289. [Consult. 6 Julho 2010]. Disponível em WWW: < http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34_n6a05.pdf>.

CHELLAPPA, Sara L.; ARAÚJO, John F. – Relação dos transtornos do sono e a ideação suicida na depressão. Psychiatry Research [Em linha]. 153:2 (2007), 131-136. [Consult. 6 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamImageURL&_cid=271134&_user=2465353&_pii=S0165178106001326&_check=y&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=20071031&wchp=dGLbVlkzSkWA&md5=e372e72ce38157d9308c9dfcfbeae024/1-s2.0-S0165178106001326-main.pdf>.

CIARAMELLA, A., POLI, P. - Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. Psychooncology [Em linha]. 10 (2001) 156-165. [Consult. 10 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.505/pdf>>.

COELHO, Ana T. [et al.] - Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. Revista NEUROBIOLOGIA [Em linha] 73:1 (Jan./Mar. 2010), 35-39. [Consult. 6 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.neurobiologia.org/ex_2010/4_Ana%20T%20Coelho%20et%20a%20Artigo%20Qualidade%20TEXT0%20FINAL%2005%20NOV%202009\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2010/4_Ana%20T%20Coelho%20et%20a%20Artigo%20Qualidade%20TEXT0%20FINAL%2005%20NOV%202009(OK).pdf)>.

DINIZ, Renata Wanderley [et al.] - O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. Revista da Associação Médica Brasileira [Em linha]. 52:5 (2006), 298-303 [Consult. 6 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a14v52n5.pdf>>.

DUARTE, Ana Catarina [et al.] - Validação Transcultural da “Mcgill Quality of Life Questionnaire”: qualidade de Vida dos Doentes em Cuidados Paliativos. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Em linha]. 33:01 (Abril 2010) 437-448. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/340/1/VALIDA%c3%87%c3%83O%20TRANSCULTURAL%20DA%20%e2%80%9cMCGILL%20QUALITY%20OF%20LIFE%20QUESTIONNAIRE%e2%80%9d%20-%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DOS%20DOENTES%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>.

FERNÁNDEZ, Francisco Alonso – **As quatro dimensões do doente depressivo**. Lisboa: Gradiva, 2010. 120 p. ISBN 978-989-616- 387-7.

FERRO, Claudia V. - **Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia** [Em linha]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2005. Curso Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia. [Consult. 12 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/claudia.pdf>>.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRADIQUE, Emília Maria da Silva – **Efectividade da intervenção multidisciplinar em Cuidados Paliativos** [Em linha]. Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, apresentada na Universidade de Lisboa. 100 p. [Consult. 10 Outubro 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2692/1/603291_Tese.pdf>.

FREIRE, Elga ; ALVES, Júlia, coord. - [et al.] – **Manual de cuidados paliativos: curso de cuidados paliativos em medicina interna** [Em linha]. Versão 3. Porto: Centro Hospitalar do Porto, Unidade Hospitalar de Santo António, 2011. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://pt.scribd.com/doc/57870366/Cuidados-Paliativos>>.

GEIB, Lorena T et al -- Sono e envelhecimento. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [Em linha]. 25:3 (2003), 453-465. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>>.

GOMES, Ana M. - O cuidador e o doente em de fim de vida: família e/ou pessoa significativa. Revista Electrónica Enfermería Global [Em linha]. 18:9 (2010), 1-9. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: < http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf>.

GONÇALVES, Márcia; FERRAZ, Marcos Pacheco de Toledo - Sintomas depressivos em pacientes acometidos com neoplasia de cabeça e pescoço. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurobiologia e Medicina Legal [Em linha]. 99:02 (Abr. /Mai. /Jun. 2005), 3-7.

[Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2005/abr/artigo1.pdf>>.

HARRISSON, P.; GUEDES, J.; SHARPE, M. – **Guia prático Climepsi de psiquiatria**. Lisboa: Climepsi, 2006. ISBN: 972-796-237-8.

HEMNEZEL, Marie – **Diálogo com a morte**. 5ªed. Lisboa: Editorial Noticias, 1998. 173 p. ISBN 972-46- 0793-3.

JUVER, Jeane Pereira da; VERÇOSA, Núbia - Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. Rev Bras Anestesiol. [Em linha]. 58:3 (2008) 287-298. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/12.pdf>>.

LEE, Eun, Sook [et al.] - Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study. Ann Surg [Em linha]. 253:1 (January 2011) 101-108. [Consult. 10 Outubro 2011]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294288>>.

LOUREIRO, Marli Gomes Pinho Da Silva – **Validação da escala do Center For Epidemiologic Studies of Depression - CES-D numa população clínica de idosos** [Em linha]. Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Geriatria apresentada na Universidade de Coimbra. 164 p. [Consult. 10 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13518>>.

MAIA, Sandra Flora da Silva Brás – **Predisposição genética para a patologia do sono: implicações na sinistralidade e acidentes de trabalho** [Em linha]. Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 51 p. [Consult. 10 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20571/2/TESESandra%20Brs%20Maia.pdf>>.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3ª ed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2.

MARQUES, Antonio [et al.] - O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patent care [Em linha]. 6 (2009) 32-38 [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>>.

MARSDEN, Vanessa: - **Aspectos psiquiátricos do cuidado de pacientes terminais (cuidados paliativos)** [Em linha]. 2010. [Consult. 6 Janeiro 2010]. Disponível em WWW: < URL: <http://psiquiatriaetoxicodependencia.blogspot.com/2010/04/aspectos-psiquiatricos-do-cuidado-de.html>>.

MATSUMOTO, Dalva Yukie - Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios [Em linha]. In **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2006. P. 14-18. ISBN 978-85-89718-27-1 [Consult. 26 Julho 2010]. Disponível em WWW: < www.paliativo.org.br/dl.php?bid=57Semelhante>.

MEDEIROS, Joana Matos Lima - **Depressão no idoso** [Em linha]. Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Área de Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada na Universidade de Lisboa. 32 p. [Consult. 10 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>>.

MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria – **Fadiga no doente com câncer colo-retal: factores de risco e preditivos.** [Em linha]. São Paula, 2008. Tese para obtenção do título de Doutor em Enfermagem apresentado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paula. 129 p. [Consult. 1 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/.../Dalete_Mota_DO.pdf >.

MORAES, Walter André dos Santos [et al.] - *Antidepressivos sedativos e insônia.* Revista Brasileira de Psiquiatria [Em linha]. 33:01 (Março 2011), 91-95. [Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100017>.

MULLER, Monica Rocha; GUIMARÃES, Suely Sales – **Sleep disorders impact on daily functioning and life quality.** Estudos de Psicologia [Em linha]. 24:4 (2007) 519-528. [Consult. 2 Janeiro 2010]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>>.

MUNIZ, Rosani Manfrin [et al.] - Alterações no padrão do sono de pacientes em cuidados paliativos. Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos [Em linha]. Outubro, 2010. P. 35-36. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=101>>.

MYSTAKIDOU, Kyriaki [et al.] - Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain. Cancer Nursing: an International Journal for Cancer Care [Em linha] 29:05 (Sept. / Oct. 2006), 400-405. [Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2006/09000/Psychological_Distress_of_Patients_With_Advanced.9.aspx>

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Cancer Institute (NCI) - **Depression: overview** [Em linha]. Junho, 2011. [Consult. 10 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/HealthProfessional>>.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION - **Sleep and depression** [Em linha]. 2010. [Consult. 2 Outubro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sleepfoundation.org/article/ask-the-expert/sleep-and-depression>>.

NETO, Isabel Galriça; BARBOSA, António - **Manual de cuidados paliativos.** 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina, 2010.

NETO, Isabel Galriça; BARBOSA, António - **Manual de cuidados paliativos**. ed Lisboa: Faculdade de Medicina, 2006.

PAIS-RIBEIRO, José Luís; LEAL, Isabel - **Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português**. Coimbra: Quarteto, 2007. 343 p. ISBN 989-558-087-8.

PALESH, Oxana G. [et al.] - Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center–Community Clinical Oncology Program. Journal of the American Society of Clinical Oncology [Em linha]. 28:02 (January 2010), 292-298. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://jco.ascopubs.org/content/28/2/292.full.pdf>>.

PEREIRA; Maria da Graça; LOPES; Cristina – **O doente oncológico e sua família**. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editora, 2005. ISBN 972-796-195-9.

PEREIRA, Sandra Martins – **Cuidados paliativos: confrontar a morte**. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, 2010. ISBN 978-972-54-0279-5.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS**. 5ª ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN 978-972-618-498-0.

PINHEIRO, Pedro - **Antidepressivos: Escitalopram, Citalopram, Fluoxetina, Sertralina e Paroxetina** [Em linha]. Abril, 2010. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.mdsaude.com/2010/04/antidepressivos-escitalopram-citalopram.html>>.

PORTAL DA SAÚDE – **Cuidados paliativos** [Em linha]. 2010. [Consult. 3 Janeiro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/cuidadospaliativos.htm>>.

PORTAL DA SAÚDE – **Depressão** [Em linha]. 2006. [Consult. 3 Janeiro 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - *Circular Normativa nº 14/DGCG* [Em linha]. 2004-07-13. Programa nacional de cuidados paliativos. [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>.

RENTE, Pilar, ed. lit.; PIMENTEL, Teresa, ed. lit. - **A patologia do sono**. Lisboa [etc.]: Lidel, 2004. ISBN 978-972-757-273-1.

RESENDE, Ana Rita Pinto – **Alimentar no final da vida: transição do familiar cuidador para a recusa alimentar** [Em linha]. Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta. 170 p. [Consult. 10

Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1430>>.

RIEMANN, Dieter; BERGER, Mathias; VODERHOLZER, Ulrich - Sleep and depression: results from psychobiological studies: an overview. *Biol Psychiatry* [Em linha]. 57:1-3 (Jul./Aug. 2001), 67-103. [Consult. 6 Novembro 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.science-direct.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271293&_user=2465353&_pii=S0301051101000904&_check=y&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2001-08-31&wchp=dGLbVltzSkWz&md5=34b9ea3b2b2d8f489d027314731ba7f0/1-s2.0-S0301051101000904-main.pdf>.

SILVA, Ednamare Pereira; SUDIGURSKY, Dora - Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. 21:3 (2008) 1-5. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/20.pdf>>.

SOARES, Ângelo – **O sono: efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas**. Lisboa: Lidel, 2010. 98 p. ISBN 978-972-757-663-0.

UNIC, UNIDADE DE CUIDADOS - **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ - Universidade Aberta 3ª Idade, 2009. 86 p. ISBN 978-85-87897-21-3.

VACHANI, Carolyn - **Sleep problems (Insomnia) in the cancer patient** [Em linha]. Oncolink - Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania, 2011. [Consult. 6 Novembro 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.oncolink.org/coping/article.cfm?c=5&s=69&ss=116&id=709>>.

VAZ-SERRA, A. e PIO ABREU, J.L. - Aferição dos quadros clínicos depressivos I. - Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. "Coimbra Médica", 1923, 20 (6) : 623-644p.

VIANA, Andreia Patrícia Mendes - **A avaliação da esperança em cuidados paliativos: validação transcultural do Herth Hope Index** [Em linha]. Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, apresentado à Universidade de Lisboa. 85 p. [Consult. 1 Novembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732_td_II_Corpo_do_trabalho.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Depression** [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW: <URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para Aplicação dos questionários

ANEXO II – Autorização para utilização dos questionários

ANEXO III – Consentimento Informado/Instrumento de Colheita de Dados

ANEXO IV – Escala de BDI: Consistência Interna/Informação Complementar

ANEXO I – Autorização para aplicação dos questionários



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital do Fundão (Centro Hospitalar da Cova da
Beira)
Av. Adolfo Portela
6230-288 FUNDÃO

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício. nº	50
Processo:		Data:	18/01/2011
		Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema **“Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos”**.

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

OR/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telef. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
R. Padre Américo, Apartado 61

3061-909 CANTANHEDE

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício. nº 49	Data: 18/01/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CMEMC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema **"Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos"**.

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o

Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

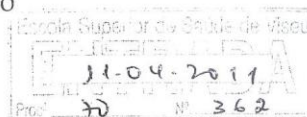
João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

ORLA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



Hospital do Arcebispo João Crisostomo
Conselho de Administração



Exmº Senhor

HAJC Saída 00476 06 04 11

Prof. João Carvalho Duarte

M.I. Presidente do Conselho Directivo da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102

3500-843 Viseu

23
As conclusões do
trabalho de
inventário 2/1/11
[Signature]

V/Refº

Data

N/ Refº

Data

Assunto: Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Em resposta ao ofício de V. Exª, referência nº 274, datado de 03 de Março de 2011, somos a informar que em reunião de Conselho de Administração de 05 de Abril do corrente ano, foi deliberado autorizar a colheita de dados, nos termos propostos.

Com os melhores cumprimentos. *17*

O Presidente do Conselho de Administração,

[Signature]

(Vitor Manuel Costa Leonardo)

VL/FF

Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Rua Padre Américo
Apartado 61
3061-909 CANTANHEDE

Tel: 231 419 210
Fax: 231 419 219
administracao@hdcantanhede.min-saude.pt
www.hdcantanhede.min-saude.pt





Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

S. R.
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Amir de Almeida
11.02.2011

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital de Seia
Rua Alexandrina Soares Albergaria
6270-498 Seia

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício. nº	133
Processo:		Data:	04/02/2011
		Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão de sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Parceira de Ciências da Saúde:

*O projecto A estudar apresenta
A análise e a seguinte, essencial
ORLA por parte da CES de Viseu
ajr.*

1003 2011

Orla

O Presidente da E.S.S.V.

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)



Prof. Oliveira



Comissão de Ética para a Saúde

*o. d.
Ao conhecimento do
procedimento de
trabalho de investigação
18/3/11
[Signature]*

Exmo. Sr. Dr. João Carvalho Duarte
Presidente da ESSF
R. D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500 - 843 Viseu

Data: 16-03-2011

.Profª Júlia Amaral;
.Dr. José Lavrador Gama;
.Dra. Cristina Dinis;
.Dra. Eugénia Pereira;
.Enfª Idalina Silva;
.Dr. Luís Paulo Silva;
.Dra. Marta Capelo;
.Enfª Natércia Castelo.

ASSUNTO: Envios dos Pareceres

2172

Junto envio a V. Exa. os dois pareceres da Comissão de Ética, levado a efeito na reunião do dia 16 de Março de 2011.

Com os melhores cumprimentos.

Pe' A Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Celso





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
E.P.E
Av. Bissaya Barreto, 98
3000-075 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº	Data:
Processo:		134	04/02/2011
		Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof./Coordenado)

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

OR/LA

Inf. Chaves

IPO COIMBRA - FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

IPOCFG, E.P.E. Escola Superior de Saúde de Viseu

ENTRADA
22-2-2011
Proc.º 78 Nº 188

Exmº Senhor
Presidente da ESSV
Prof. João Carvalho Duarte
Escola Superior de Saúde de
Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500-843 VISEU

Nossa referência *C.D*
Ao coordenador do
trabalho de investigação
para o diagnóstico
24/2/11

Escolas/SCA

Assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

Em resposta ao V. ofício N° 134, Processo 70 de 04/02/2011, sobre o assunto em epígrafe, informa-se V. Exª que, de acordo com o parecer da Direcção de Enfermagem, o Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE deliberou indeferir o pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O Vogal Executivo

Carlos Santos
(Carlos Santos)
Vogal executivo

cc

Inserir na resposta a referência supra

IPOCFG, E.P.E. - Mod. 75 - *ImatoPrintar, Lda.* - 02/2010 - 1000 ex. Av. Bissaya Barreto, 98 3000-075 COIMBRA
APARTADO 2005 3001-651 COIMBRA
TELEFONE 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Cândido de Figueiredo
Av. General Humberto Delgado
3460-525 Tondela

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício. nº	132
Data:	04/02/2011
Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e os alunos: Ana Gomes, Lúcia Prior, Paula Machado e Carla Duarte do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 07 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

OR/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



V.^a Ref.^a: 132
Proc. 70
Data: 04-02-2011

N.^a Ref.^a: 0082
Data: 14-02-2011

Exm^o Senhor
Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n^o 102
3500-843 VISEU

Assunto: Pedido Autorização para efectuar a colheita da dados

Em resposta ao solicitado informamos V.Ex.^a que não se nos afigura adequado que na actual fase de arranque da Unidade de Cuidados Paliativos se inicie qualquer processo de investigação/questionário, dado que os dados a recolher são insuficientes. Existem unidades que cumprem essa função no Hospital de Cantanhede e Hospital de Seia que já estão consolidados e com histórico de doentes desta tipologia.

Com os nossos melhores cumprimentos.

0.3)
Ao colheita de dados
referentes pelo investimento
em curso.
14/3/11
CP

O Presidente do Conselho de Administração

CP
(Cílio Pereira Correia, Dr.)

ANEXO II – Autorização para utilização dos questionários

Pedido de autorização para a utilização do Inventário de Depressão Beck.

From: luciamprior@hotmail.com

To: adriano.vazserra@gmail.com

Subject: Pedido de autorização para a utilização do Inventário de Depressão Beck.

Date: Mon, 19 Jul 2010 16:55:37 +0100

Boa tarde!

Somos um grupo de alunas do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgica da Escola Superior de Saude de Viseu, que se encontra a realizar um projecto de investigação cujo tema é: "Depressão em doentes paliativos".

Vimos por este meio pedir autorização para a utilização do Inventário de Depressão Beck.

Desde já agradecemos a colaboração

Com os melhores cumprimentos

O grupo: Ana Gomes, Carla Duarte, Lúcia Prior, Paula Machado

Date: Mon, 19 Jul 2010 23:19:45 +0100

Subject: Re: Pedido de autorização para a utilização do Inventário de Depressão Beck.

From: adriano.vazserra@gmail.com

To: luciamprior@hotmail.com

Lúcia,

Envio em anexo três ficheiros que vos vão ser úteis: o BDI, a cotação das questões que contém e um texto explicativo.

Com os desejos dos melhores êxitos para o Vosso trabalho, com as melhores saudações,
Adriano Vaz Serra

Solicitud de uso del Cuestionario de Oviedo del sueño (QSO).

- Pueden utilizar el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS) para su proyecto, para el que les aconsejo un trabajo serio y riguroso al objeto de obtener unos resultados fiables.
- Exito en su trabajo,
- Saludos cordiales,

- Julio Bobes
Catedrático de Psiquiatría
- ---
- Area de Psiquiatría - Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red
de Salud Mental (CIBERSAM)
- Dirección postal:
Facultad de Medicina
Julián Clavería 6
E-33006 Oviedo
- Tel: +34 98 510 35 53
email: bobes@uniovi.es
www.uniovi.es/psiquiatria
- ----- Original Message -----
- **From:** Lúcia Prior
- **To:** bobes@correo.uniovi.es
- **Sent:** Monday, July 19, 2010 8:58 PM
- **Subject:** Solicitud de uso del Cuestionario de Oviedo del sueño (QSO).
-
- Buenas tardes!

Somos un grupo de estudiantes de la Maestría I en Enfermería Médico-Quirúrgica de la Facultad de Salud de Viseu, que está llevando a cabo un proyecto de investigación cuyo tema es: "La depresión en los pacientes paliativos."

Por la presente solicitud de autorización para el uso del Cuestionario de Oviedo del sueño (QSO).

Agradecemos la colaboración

Le saluda atentamente

Grupo: Ana Gomes, Carla Duarte, Lucia Prior, Paula Machado

**ANEXO III – Consentimento Informado/Instrumento de
Colheita de Dados**

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da**Escola Superior de Saúde de Viseu**

Lúcia Prior

Consentimento Informado

Exmo(a). Sr(a).

No âmbito do trabalho de Mestrado está-se a realizar uma investigação em que se procura compreender se alguns factores, tais como o estado nutricional, contribuem para a depressão no doente em cuidados paliativos.

Com este estudo pretende-se contribuir para a melhoria da saúde mental dos doentes em cuidados paliativos, e para que seja cada vez maior e melhor a importância dada ao bem-estar e saúde dos doentes crónicos.

Por isso é muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Pede-se que leia este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça ao responsável pelo estudo os esclarecimentos que desejar.

O tratamento dos dados que se vai recolher serve exclusivamente para fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. O investigador é uma pessoa com formação superior e está obrigado a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

Agradeço muito a sua disponibilidade e colaboração!

Eu _____ fui informado(a) sobre os objectivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido(a) e autorizo participar na investigação nas condições acima definidas.

_____, ____/____/____ Rubrica: _____



ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem Médico-Cirúrgica

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professor Olivério Ribeiro

INVESTIGADORES COLABORADORES: Lúcia Prior

CURSO: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A INFLUENCIA DO PADRÃO DE SONO NA DEPRESSÃO EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.

NOTA INTRODUTÓRIA

Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo:

- O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com: a dor, estado nutricional, padrão de sono e apoio social.
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração para participar neste estudo;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objectivo da presente investigação;
- Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA**1. Sexo**

- Masculino
 Feminino

2. Idade ____ anos**3. Profissão** _____**4. Residência**

- Rural
 Urbana

5. Estado civil

- Solteiro
 Casado
 Unido de facto
 Divorciado
 Viúvo

6. Habilitações Literárias

- Não sabe ler nem escrever
 Ensino básico
 Ensino secundário e Ensino superior

7. Contexto Familiar

- Vive só
 Vive com familiares
 Recebe visitas

SECÇÃO B – QUESTIONÁRIO DE SAUDE**8. Número de internamentos numa U.C. Paliativos** ____**9. Toma antidepressivos****10. Diagnostico Clínico**

- Neoplasia _____
 Insuficiência de órgãos
 Demência
 Doença Neurológica Degenerativa
 Outro _____

- Sim Não

SECÇÃO D – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Em relação a cada grupo, leia cuidadosamente todas as afirmações antes de fazer a sua escolha. A seguir seleccione a afirmação que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

1	Não me sinto triste.	<input type="checkbox"/>
	Ando triste.	<input type="checkbox"/>
	Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.	<input type="checkbox"/>
	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.	<input type="checkbox"/>
2	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	<input type="checkbox"/>
	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.	<input type="checkbox"/>
	Sinto-me com medo do futuro.	<input type="checkbox"/>
	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.	<input type="checkbox"/>
3	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>
	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	<input type="checkbox"/>
	Não tenho a sensação de ter fracassado.	<input type="checkbox"/>
	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>
4	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.	<input type="checkbox"/>
	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.	<input type="checkbox"/>
	Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	<input type="checkbox"/>
	Não me sinto descontente com nada em especial.	<input type="checkbox"/>
5	Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.	<input type="checkbox"/>
	Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente.	<input type="checkbox"/>
	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.	<input type="checkbox"/>
	Sinto-me descontente com tudo.	<input type="checkbox"/>
6	Não me sinto culpado de nada em particular.	<input type="checkbox"/>
	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.	<input type="checkbox"/>
	Sinto-me bastante culpado.	<input type="checkbox"/>
	Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
6	Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	<input type="checkbox"/>
	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.	<input type="checkbox"/>
	Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal.	<input type="checkbox"/>
	Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.	<input type="checkbox"/>
6	Sinto que mereço ser castigado.	<input type="checkbox"/>
	Quero ser castigado.	<input type="checkbox"/>

7	Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo á vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Não acho que tenho pior aspecto do que costumava . Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECÇÃO E – QUESTIONÁRIO DE SONO DE OVIEDO (QSO)

Neste questionário existem várias questões. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas e assinale a resposta que mais se adequa ao que sentiu no último mês.

1 - Qual a satisfação com o estado do seu sono?	Muito Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Quantos dias da semana tem tido dificuldade para:	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
2.1) Conciliar o sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2) Permanecer sonolento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3) Alcançar um sono reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4) Despertar à hora habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5) Excessiva sonolência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Quanto tempo demora a adormecer depois de o tentar?	10-15 min	16-30 min	31-45 min	46-60 min	+ 60 min		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Quantas vezes desperta durante a noite?	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	Mais 3		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se normalmente desperta, pensa que se deve a		Dor	Urinar	Ruído	Outro		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Tem notado que desperta antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?	Desperto como sempre	Meia hora antes	1 hora antes	1-2 horas antes	Mais 2 horas antes		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Eficiência do sono (horas dormidas/ horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite? Quantas horas têm permanecido habitualmente na cama?	91-100%	81-100%	71-80%	61-70%	60% ou menos		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Quantos dias por semana têm estado preocupado ou tem notado cansaço ou diminuição no funcionamento sócio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Quantos dias da semana se têm sentido demasiado sonolento, deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais que o habitual à noite?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Se se tem sentido com demasiado sono durante o dia ou tem períodos de sono diurno, quantos dias da semana tem estado preocupado ou tem notado diminuição no seu funcionamento sócio-laboral por esse motivo?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Quantos dias da semana têm, ou têm-lhe dito que tem:	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
1- Ressonado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Ressonado com falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Movimentos das pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Outros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Durante quantos dias por semana tem tomado fármacos para dormir ou utilizado qualquer outro remédio prescrito ou não para o (a) ajudar a dormir?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O preenchimento do questionário chegou ao fim.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

**ANEXO IV – Escala de BDI: Consistência Interna/Informação
Complementar**

CONSISTENCIA INTERNA

☒ **Quadro 1 – Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)**

ITENS	α Cronbach
Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	0,780
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	0,783
Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	0,796
Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	0,779
Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	0,797
Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.	0,793
Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	0,793
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	0,795
Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo á vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	0,786
Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	0,786
Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	0,797

Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	0,780
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	0,785
Não acho que tenho pior aspecto do que costumava . Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.	0,795
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	0,795
Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	0,794
Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.	0,804
O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	0,801
Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	0,809
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	0,798
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	0,795
COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL	
0,801	

Informações Complementares sobre o B.D.I.

1.º - Quando uma depressão surge o seu grau de intensidade é ditado não só pelo aumento do número de sintomas mas igualmente o grau de gravidade que atingem.

2.º - Não basta que apareça alguém que ao preencher o BDI apresente o registo de vários sintomas. Pode estar simplesmente “neura” ou “triste” mas não verdadeiramente deprimido. Só se indica que está de facto deprimido quando atinge ou ultrapassa certos valores.

3.º Na validação para a população portuguesa do “Inventário Depressivo de Beck” (Vaz Serra e Pio Abreu, 1973)⁵ encontramos:

Grau leve: Média= 17,40 e D.P.=4,55

Grau moderado: Média= 24,80 e D.P.=6,48.

Grau grave: Média=32,20 e D.P.=8,28.

Os valores obtidos por nós estavam relativamente próximos dos observados na população americana e inglesa.

Admite-se que um português pode estar deprimido se tiver um valor igual ao superior a $17,40-4,55=12,85$.

Pronto, estes são so aspectos teóricos observados com esta escala.

Agora consideremos por exemplo que pretende, numa amostra de indivíduos que andavam em tratamento da sua depressão obteve um valor médio global de 26, com um Desvio Padrão de 7,2. Em contrapartida, imagine que estudou com a mesma escala um grupo de indivíduos que não andavam deprimidos, não sentiam a necessidade de se tratar nem de tomar medicamentos. Contudo, obteve uma média no grupo dos não-deprimidos de 12, com um Desvio Padrão de 3,1. Se quiser conhecer qual é o “cutt-off point” (ponte de corte) entre não deprimidos e deprimidos, aplica a “Técnica de Fisher”. À média dos não deprimidos soma o respectivo desvio padrão. À média dos deprimidos subtrai o respectivo desvio padrão. Soma então estes dois valores e divide por dois. Obtém assim o ponto de corte.

Vamos aos aspectos práticos:

$(12+3,1)+(26-7,2):2 = (15,1+18,8) :2 = 16,95$. Tendo em conta os valores assim obtidos pode mencionar que, considerando as suas amostras específicas, acima de 17 é previsível um indivíduo estar deprimido. Abaixo desse valor é previsível não se encontrar deprimido.

Repare que para calcular este valor teve de entrar com as médias e os desvios padrões dos dois grupos.

Com os desejos dos melhores êxitos para os seus trabalhos, com as melhores saudações,

Adriano Vaz Serra

⁵ Vaz-Serra,A. e Pio Abreu, J.L. (1973) - Aferição dos quadros clínicos depressivos I. - Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. "Coimbra Médica", 20 (6) : 623-644.

